

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokoll A demencia kórismézése, kezelése és gondozása

Készítette: A Pszichiátriai Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

Bevezetés

Referencia:

Tariska, P., Bereczki, D., Degrell, I., Janka, Z., Karsay, K., *Ajánlás demenciák kivizsgálására és gyógykezelésére.* Psych. Hung., 2002. 17; 202-223.

Jelen protokoll a Pszichiátriai Szakmai Kollégium ajánlásait tartalmazza a demencia tünetegyüttes kórismézése, kezelése és gondozása során követendő orvosi teendőket illetően. A protokollt a Kollégium a korábbi ajánlás [1] felváltására állította össze az Egészségügyi Minisztérium által megadott formai szerkezetben. Bár számos elemében támaszkodik a korábbi ajánlásra, nem tekinthető a korábbi szöveg átdolgozott kiadásának.

Az protokoll célja az ellátás minőségének javítása azáltal, hogy a szakmai nyilvánosság számára meghatározza a demencia átvizsgálásának és orvosi ellátásának korszerű ismeretek kritikus értékelésén alapuló gyakorlatát, és előírja, mi a jó szakmai gyakorlat hatásköre és módszertana. A protokoll támogatni kívánja a korszerű ismeretek alapján ajánlható, vagy választható klinikai alternatívákat, segítő a klinikai döntéseket kétes helyzetekben és ezáltal visszaszorítani a praxisvariációk nehezen indokolható sokféleségét.

A protokoll elsősorban az ambuláns szakellátás számára íródott, de szükségszerűen vonatkozik a demens betegeket háziorvosi praxisban, ill. fekvőintézetekben ellátó szakorvosok tevékenységére is. Nem taglajuk a szövegben a demenciák kórismézésének laboratóriumi, neuropatológiai és képalkotó vizsgálatok kapcsán felmerülő kérdéseit.

A protokoll megfogalmazása során a szerzők az általuk ismert és elérhető elektronikus szakirodalmi adatbázisokra (internet, Medline, Cochrane kollaboráció, stb.) támaszkodtak, a létező világirodalom teljességét nem próbálták áttekinteni, hanem inkább olyan rendszerezett áttekintéseket használtak fel, melyek egy kiragadott kérdésben az elérhető irodalom teljességét akarták elemezni. A szakmai véleményezés során a bírálók által javasolt irodalmi forrásokat is beleépítettük.

A szerzők ajánlásait az elérhető legmagasabb szintű irodalmi bizonyítékokra próbálták alapozni, ahol azok hazai viszonyok közötti érvényességét illetően nem merültek fel jelentősebb aggályok. Az elérhető bizonyítékok szintjeit következetesen jelzi a protokoll, de egyben óva int mindenkit, hogy azokat rangjukon és reprezentativitásukon felül méltassa, vagy lebecsülje azon állítások súlyát, melyek alkalmasint kézenfekvők, de még nem kontrollálták őket szisztematikus módon.

A protokoll munkapéldányát az Interneten tettük közzé, melyet bárki elérhetett. A végső szövegváltozat kialakításáig igyekeztünk minden építő javaslatnak messzemenően eleget tenni. A szöveg a 2005 elején korszerű ismereteinket tükrözi, és már hatályba lépésekor sem lesz mindenben naprakész. Kiegészítését, korrigálását 2006 során, aktualizálását, átdolgozását 2007. év során tervezzük.

A protokoll a Pszichiátriai Szakmai Kollégium konszenzus-dokumentuma. Annak szövegét lektorálták, és építő kritikával illették a Neurológiai-, Geriátriai- és Radiológiai Szakmai kollégiumok képviselői is, jóllehet testületi állásfoglalásukban a végső szövegváltozat támogatásáról, attól eltérő álláspontjaikról vagy saját (a jelen szöveg célkitűzéseinek,

tartalmának és szerkezetének megfeleltethető) protokollok elfogadásáról az érintett társszakmák grémiumai nem határoztak. Az protokoll ajánlásai a társszakmák, ill. minden demens beteget ellátó magyarországi orvos számára a leginkább mérvadóak, mind ameddig a társszakmák konszenzus dokumentumaiként konkurens protokollek nem kerülnek elfogadásra. Az protokoll makulatúráit sem a szociális szféra, sem a betegszervezetek reprezentánsaival nem véleményeztettük, mert a szöveget elsősorban a gyakorló szakemberek használatára, másodsorban az Egészségügyi Minisztérium egészségpolitikai megrendelésére írtuk. E két célcsoport elvárásai alig voltak átfedések, ezért a szöveg sem könnyen áttekinthető didaktikus vezérfonal, sem a „bizonyítékokon alapuló orvoslás” reprezentatív kordokumentuma nem lehetett.

Pszichiátriai Szakmai Kollégium és annak tagjai sokféle érdek-kapcsolatban álltak és állnak a demencia ellátásában érintett állami, önkormányzati, biztosítási, gyógyszerügyi és egyéb egészségügyi termelő és szolgáltató szervezetekkel. Ennek megfelelően, a szakmai elfogultság, és érdekfüggő értékelési hiba (bias) az ajánlás szerkesztése során nem volt kizárható, mint ahogy más hasonló dokumentumok és szervezetek esetében sem az, hazánkban éppúgy, mint külföldön. Az egyéni elfogultságok torzító hatását a konszenzusereséssel, a testületi elfogultságokét a társszakmák képviselőinek véleményeit beépítve próbáltuk közömbösíteni.

A demencia igen gyakori tünetegyüttes, melynek oki háttere heterogén és multifaktoriális. A demencia igen jelentős terheket ró a betegre, annak közvetlen környezetére és az egész társadalomra.

A demencia megállapítása kritikusan érinti a beteg alapvető emberi szabadság- és polgári jogainak gyakorlását, ezért szükséges, hogy a kórisme felállítása, rendszeres felülvizsgálata és a beteg követése precíz módszertani előírások és a mindennapi rutinban is betartható algoritmusok szerint történjék. A betegvezetés az alapellátó (házi orvos) szakember kezében kell legyen, ugyanakkor a szakszerű átvizsgálás, a korszerű kezelés és szociális gondozás megköveteli a szakorvosi (pszichiátriai, neurológusi, geriátriai), bírói-jogi és gondozói döntéseket.

A házi orvosok, belgyógyászok, sebészek, traumatológusok legalább annyira érintettek a demens betegpopuláció ellátásában, mint a gerontológusok, pszichiáterek és neurológusok. Jelenleg a demens betegek többsége nem is jut el olyan szakrendelésre, ahol kognitív, pszichés és viselkedési tüneteit célzottan keresnék és demenciájának kóroki hátterét megvizsgálnák. Az időskori polimorbiditásba ágyazódó demencia korszerű kezelése interdiszciplináris feladat. A beteget, a gondviselő(ke)t, szociális és egészségügyi szakembereket magába foglaló team szervezése és összehangolása a beteg kezelőorvosának a feladata, aki legkézenfekvőbben a házi orvos, de bármelyik érintett szakterület képviselője is lehet. Ha azonban a viselkedési zavarok uralják a klinikai képet, a pszichiáter szakorvos véleményének kérése nélkülözhetetlen. Jelen módszertani protokoll az illetékes szakmai kollégiumok jóváhagyása alapján foglalja össze a demencia kórismézésének és kezelésének konszenzuson alapuló minimumkövetelményeit, melyeket e dokumentum közzétételekor a jó orvosi gyakorlatnak megfelelően elfogad.

Ajánlások jelölése

Az orvos szakmai jellegű közleményeken alapuló („evidence based”) megállapítások irodalmi hátterét e protokollban az adott mondatrész, mondat ill. bekezdés végén, felső indexben jelöltük az alábbiak szerint:

- ^M (Metaanalízis) Két, vagy több független, kontrollált vizsgálat összevont, és szisztematikus statisztikai elemzéséből levont következtetés
- ^R (Randomizált-kontrollált vizsgálat) Randomizált, placebo- vagy referencia-kontrollal összehasonlító vizsgálat.

- ^K (Kontrollált vizsgálat) Az irodalmi hivatkozás(ok) esetkontroll, vagy kohorszvizsgálatokra alapozták a hivatkozott megállapítás(oka)t.
- ^A (Anekdóta) Neves szerzők, tankönyvek által osztott tapasztalat vagy vélekedés, mely a szakmai gondolkodásban jelen van, de a megállapítás statisztikai érvényessége nem igazolt szisztematikus vizsgálatokkal.
- ^G (Guideline) Több külföldi nemzeti vagy nemzetközi szakmai szervezet által jegyzett protokollban hasonló tartalommal szereplő állítás. Amennyiben külön bibliográfiai hivatkozás nincs jelölve, az protokollekért lásd [2] és annak hivatkozásait.
- ^I (Protokoll) A Pszichiátriai Szakmai Kollégium jelen protokollt megelőző protokollében [1] hasonló tartalommal szereplő állítás.
- ^H (Hungarikum) A jelenlegi magyar társadalmi / kulturális / gazdasági / egészségügyi / egészségbiztosítási / szociális / önkormányzati / egyházi / államigazgatási / bírói / felsőoktatási / stb. struktúrák, funkciók és emberi tényezők szervezeti / adminisztratív / finanszírozási sajátosságaira hivatkozó állítás, mely a külfölditől eltérő kimeneteleket okozhat, és a külföldi szakmai vélemények/adatok hazai érvényességét jelentősen korlátozza vagy megkérdőjelezi.

A protokoll szakmai bírálata során az Egészségügyi Minisztérium előírására [3] az adatforrások és az ajánlások jelölését az alábbi, a SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, www.sign.ac.uk) rangsorolással is elláttuk:

A források („bizonyítékok”) osztályozása:

- ¹⁺⁺ Nagyon alacsony valószínűségű szisztematikus hibával („bias”) terhelt ^M és/vagy ^R
- ¹⁺ Alacsony valószínűségű szisztematikus hibával („bias”) terhelt ^M és/vagy ^R
- ¹⁻ Nagy valószínűségű szisztematikus hibával („bias”) terhelt ^M és/vagy ^R
- ²⁺⁺ Nagyon alacsony valószínűségű szisztematikus hibával („bias”) terhelt ^M vagy ^K, de nem ^R
- ²⁺ Alacsony valószínűségű szisztematikus hibával („bias”) terhelt ^M vagy ^K, de nem ^R
- ²⁻ Nagy valószínűségű szisztematikus hibával („bias”) terhelt ^M vagy ^K, de nem ^R
- ³ Publikált esetleírások, esetsorozatok
- ^{4 G.I} vagy ^A, ahol nincs ^K, ^R vagy ^M

Az ajánlások osztályozása:

- ^A Az ajánlást egy vagy több ¹⁺⁺ és/vagy kettő vagy több ¹⁺ osztályú ^M, és nincs olyan megfontolás, mely szerint magyar beteganyagban a kimenetel ellenkező előjelű lenne
- ^B Konzonzáns ²⁺⁺ források, és nincs olyan megfontolás, mely szerint magyar beteganyagban a kimenetel ellenkező előjelű lenne, vagy ¹⁺⁺ illetve ¹⁺ adatok magyar viszonyokra való extrapolálásából levont következtetés
- ^C Konzonzáns ²⁺ források, és nincs olyan megfontolás, mely szerint magyar beteganyagban a kimenetel ellenkező előjelű lenne, vagy ²⁺⁺ adatok magyar viszonyokra való extrapolálásából levont következtetés
- ^D 3 és/vagy 4 osztályú forrásokból, vagy ²⁺ adatok magyar viszonyokra való extrapolálásából levont következtetés

1. A szakmai protokoll érvényességi/alkalmazási területe

Jelen protokoll a demencia kivizsgálásában résztvevő pszichiáter szakorvosok részére készült – a háziorvos kompetenciájának vázolása mellett. Kívánatos, hogy módszertani ajánlasként a demens betegeket gondozó neurológusok és geriáterek is megismerjék és saját protokolljaik megalkotásában – ha szükségessé válik a pszichiáterek gyakorlatától eltérő szakma specifikus protokollek megfogalmazása – támaszkodjanak a pszichiáterek szakmai előírataira. 2003 óta a demens betegek progresszív szakellátásában egy új fokozat, a „Demencia Centrumok” hálózata

jött létre^H. Az országszerte megalakult „Demencia Centrumok” a korábban vegyes pszichiátriai vagy neurológiai beteganyagot ambuláló szakrendelések ellátási kapacitásaiból váltak ki, a specializált beteganyag magasabb szakmai szintű ellátásának céljával^I. A Demencia Centrumok szakorvosai adminisztratív jogosultságot kaptak bizonyos gyógyszer-specialitások térítéstámogatással történő rendelésére és formai előírást a diagnosztikus adatok és az állapotkövetés dokumentálására. Mindazonáltal érdemi kapacitásbővítés nem történt, így a demens betegek jelentékeny száma nem került, és várhatóan nem is fog a betegellátás magasabb szakmai szintjét képviselő Demencia Centrumok látókörébe kerülni, ezért szükséges, hogy a részletes szakmai útmutatás minden, a demencia tüneteinek ellátásában részt vevő pszichiáter és neurológus munkájára kiterjedjen, akár Demencia Centrumban ad javaslatot a háziorvosnak, akár más speciális vagy általános szakrendelésen, gondozóintézetben találkozik a beteggel, vagy fekvőintézetben kezeli a beteget, ill. konzultáció keretében ad szakvéleményt. A demencia túlnyomóan idős embereket érint, és jellemző módon társulója vagy éppen tünete más nem-idegrendszeri betegségnek, ezért javasolt az ide vonatkozó más medicinális területek diagnosztikus és kezelési protokolljainak tanulmányozása és alkalmazása is.

2. A protokoll bevezetésének alapfeltételei

Protokollt a Pszichiátriai Szakmai Kollégium – a neurológiai, geriátriai és radiológiai társszakmák kollégiumainak szakértőivel egyeztetve – a minél szélesebb szakmai konszenzus igényével fogadja el és azt a szakmai nyilvánosság csatornáin keresztül juttatja el az érintetteknek.

A szerzők tudomása szerint az itt előírt diagnosztikai, kezelési és gondozási feladatok tárgyi, személyi és anyagi feltételei a Magyar Köztársaság egész területén, és annak minden biztosított lakosa számára elérhetőek, jóllehet a hozzáférés gyorsasága és egyszerűsége jelentős területi különbségeket mutat a kistélepülések, és néhány megye hátrányára. E hozzáférési különbségek monitorozása és rendezése az egészségpolitika feladata.

3. Definíció

A demencia definitív ismérveinek a BNO-10 meghatározását fogadjuk el. (l. 3.1. melléklet).

3.1.) Kiváltó tényezők

A demencia szindróma kiváltó tényezői a cukorbetegség szövődményeitől a lassú vírusokon és az öröklött génhibákon át az érlemeszesedésig, sokfélék lehetnek. A több, mint hetvenféle, demenciához vezető ok – részben redundáns – felsorolásait a nozológiai (kód)rendszerek, pszichiátriai és neurológiai szövegekönyvek, monográfiák, összefoglaló közlemények tartalmazzák [4-7]. A kiváltó tényezők részletes térképezése a tudományos vizsgálatok eszköze, gyakorlati jelentősége azon kiváltó tényezőknek van, melyeknek ismerete terápiás következményekkel is jár. Egyesült Államok-beli adatok alapján az összes demencia 50-60%-át adja az Alzheimer betegség, 10-25%-a vaszkuláris típusú, a maradékon pedig, egyenként 5% alatti gyakorisággal osztoznak az egyéb neurodegeneratív, alkoholos-toxikus és a más betegségek szövődményeképp jelentkező formák^{G2}. A képalkotó eljárások (MRI) felbontásának, és a neuropatológiai diagnosztika fejlődésének eredményeképp egyre nyilvánvalóbb, hogy a demenciák okai gyakran többszörösek („kevert” demenciák). Ezen esetek etiológiai besorolása az orvosi rutinban a domináns komponens alapján történik.

3.2.) Kockázati tényezők

A demencia szindróma legjelentősebb kockázati tényezője az életkor. A magas kort megélt emberek abszolút és relatív számának gyarapodásával a demencia prevalenciája és incidenciája is exponenciálisan nő. 90-95 éves kor közé becsülhető az az életkor (amerikai adatok! [8]), mely után a demencia fennállása nagyobb valószínűséggel állapítható meg, mint annak

hiánya^{K2+}. Az egészségpolitika célja az lehet, hogy a demencia kialakulását minél idősebb életkor felé tolja el.

Bár a vaszkuláris demenciák és a stroke kapcsolata evidens, több független multicentrikus vizsgálat egybehangzó megállapítása volt az is, hogy az Alzheimer és vaszkuláris demenciák kockázati tényezői nagymértékben átfednek a kardiovaszkuláris kockázati tényezőkkel [9, 10]^{K2+}.

Az apolipoprotein E gén gyakori polimorfizmusa, az ϵ_4 gén terméke többszörösére növeli a szenilis Alzheimer betegség kialakulásának kockázatát [11, 12]^{K2++}. Újabb vizsgálatok szerint az ϵ_4 allél az Alzheimer betegség élettartam-prevalenciáját a legfejlettebb országokban jellemző várható élettartam esetén nem növeli, hanem a tünetek korábbi életkorban történő jelentkezésével függ össze. Egy ϵ_4 allélt hordozó egyének között a demencia incidenciája mintegy 5, két ϵ_4 allélt hordozókon 10-15 életévvel idősebb kontroll (ϵ_3 és/vagy ϵ_2 alléleket hordozó) populációhoz hasonlítható [13, 14]^{K2+}.

Számos monogénes öröklődésű génhiba ismert, mely demenciát okoz, ezek közül hazánkban a Huntington korea és a Wilson kór fordul elő, szerencsére, ritkán^{A D}.

A primer Parkinson betegséggel gyakran szövődik demencia, illetve agyérbetegségek talaján gyakran társul a demencia parkinsonos tünetekkel [15]^{K2++}. Az irodalom közös parkinsonizmus-demencia szindrómákat (Lewy testes demencia, Alzheimer betegség Lewy testes variánsa, Guam-szigeti demencia-parkinsonizmus komplex, progresszív szupranukleáris bénulás, kortiko-bazális disztrófia stb.) is elkülönít, a BNO-10 alapú nozológiai rendszerek nem.

4.-5. Panaszok/ Tünetek / Általános jellemzők / A betegség leírása

A demencia klinikai tünetegyüttes és nem etiológiai vagy kórélettani entitás. Ennek megfelelően a fő tünetek és a betegség definíciója megegyezik. Vannak olyan nem-kognitív tünetek, melyek a demenciát előidéző alapbetegség megnyilvánulásai (pl. neurológiai kórjelek, laboratóriumi eltérések), melyek a demencia kóroki diagnózisának megállapításához, az adekvát gyógykezelés megválasztásához szükségesek, ezek keresése és felismerése alapvető cél.

Fontos továbbá a demencia szövődményeiként fellépő pszichés (pl. delirium, pszichózis, magatartászavarok, depresszió, felborult alvás-ébrenlét ciklus) és szomatikus (kiszáradás, traumák, infekciók) tünetek keresése, valamint a gyakori komorbiditások (pl. hipertónia, ritmuszavarok, halláscsökkenés, vizeleti panaszok) keresése^{G C}. A demencia kórisméjét a beteg vizsgálata alapján kell felállítani, a társuló pszichés jelekre és anamnesztikus adatokra vonatkozó adatokat heteroanamnéziszből kell, illetve lehet megfelelően nyerni^{G,1}.

5.1) Érintett szervrendszerek

A demencia kialakulásának patológiai szubsztrátuma, hogy az agyi idegsejtek és/vagy azok nyúlványai és/vagy azok szinaptikus kapcsolatai károsodjanak. Az előagyú struktúrák fokozatos pusztulása általában nem károsítja más szervek/szervrendszerek felépítését és autonóm működését. Más szervek érintettsége demenciában a közös alapbetegség megnyilvánulása (pl. makrocyter anémia B₁₂ hiányban, angiopathiás léziók vaszkuláris demenciákban, opportunist fertőzések HIV fertőzésben) vagy komorbiditás lehet. Tekintve a demencia életkorral növekvő gyakoriságát, a demens betegek részletes belgyógyászati kivizsgálása és korszerű elvek szerint történő kezelése alapvető szempont^G, melyet a háziorvos feladata megszervezni. Kivételesen indokolt esetben (pl. akut tünetek, nagy távolságok, nincs intézkedő hozzátartozó) választható a részletes eszközös és laboratóriumi kivizsgálások fekvőbeteg osztályra történő felvétellel egybekötött elvégzése („átvizsgálás”), de a demencia önmagában ekkor sem lehet felvételt indokoló vagy akut (nem-elektív) felvételi diagnózis^H.

5.2.) Genetikai háttér

A különféle etiológiájú demenciák között számos öröklődő, ill. családi halmazódású típus akad. A mendeli öröklődésű és egyéb monogénes demenciák egyenként és összesítve is igen ritkák (pl. Wilson kór, Huntington korea, preszenilin és amiloid prekursor protein mutációk) a sporadikus előfordulású esetekhez képest, és a tünetek reprodukív kor után jelentkeznek. Emiatt genetikai szűrővizsgálatok nem jönnek szóba. Az érintett, de még tünetmentes hordozók felvilágosítása jogilag kötelező, de etikailag aggályos. A Wilson kórtól eltekintve (mely az érintett gén szekvenálása nélkül is diagnosztizálható) a genetikai információnak terápiás következménye nincs. Mindezek miatt a jelenleg érvényes nemzetközi és nemzeti protokollek a kóroki diagnózis felállításához a genetikai diagnosztikát nem javasolják igénybe venni^{G D}. A Huntington korea diagnózisa a Huntingtin gén 1. exonjában található CAG ismétlődések számosságából felállítható, jóllehet határesetekben a genetikai háttér nem determinisztikus jelentőségű. Az apolipoprotein E gén egyik (ϵ_4) allélje a szenilis Alzheimer betegség kialakulásának kockázatát növeli. Az apoE genotípus meghatározásának nincs diagnosztikus, ill. terápiás következménye, ezért diagnosztikai célból nem ajánlott végezni.

5.3.) *Incidencia / Prevalencia / Morbiditás / Mortalitás Magyarországon*

A demencia incidenciáját és prevalenciáját a különböző lakossági kohorszokban számos észak-amerikai és észak-, ill. nyugat-európai populáción vizsgálták. Tekintve, hogy ezen vizsgálati populációk korfája és egyéb betegségekre vonatkoztatott mortalitása eltért az akkori, ill., mostani magyarországi adatoktól, a magyar népességre csak korlátozottan vonatkoztathatók. Kis elemszámú, nem reprezentatív vizsgálatok szerint a demencia pontprevalenciája a hazai idős lakosság körében a nemzetközi adatokhoz hasonló [16, 17].

A rotterdami lakossági felmérés szerint, az ottani életkilátásokkal rendelkező 65 éves férfiak 16, a 65 éves nők 34,5%-a betegedik meg később demenciában [18]. A hazai mortalitási és morbiditási különbségeket figyelembe véve, a hazai kockázat 60 éves kor felett a holland (65 éves és a feletti) értékek felénél nagyobbra, vagy a körülire (férfiak >8%, ill. nők >17%) becsülhető. Valószínű, hogy Magyarországon jelenleg 150 ezer főnél többen, de 300 ezer főnél kevesebben szenvednek különféle eredetű és súlyosságú demenciákban^C.

A jelenleg elérhető külföldi és hazai lakossági felmérések egybehangzó eredményei szerint a demencia az időskorúak között igen gyakori, prevalenciájának nagyságrendje a 65 éves lakosság között 5-10, a 75 évesi lakosságban 15-20% között valószínűsíthető [8, 19-22]^{K2+}.

A tapasztalat szerint a jelenlegi honi viszonyok között az enyhébb tünetek ritkábban válnak egészségügyi vagy szociális problémává, mint az időskori testi-kognitív-mentális hanyatlás iránt kevésbé toleráns társadalmi értékek között élő, fejlettebb társadalmakban (a magyar idős ember elboldogul autóvezetés nélkül is, az amerikai rá van utalva. Sok magyar idős a családtagjai elérhető közelségében él, az USA-ban ez nem jellemző, stb.)^H. 2002. évben a társadalombiztosítás által finanszírozott járóbeteg szakrendelések mintegy 78 ezer alkalommal jelentették „demencia vizsgálat” elvégzését és 4795 alkalommal a MMSE vizsgálat elvégzését (www.gyogyinfok.hu)^H. Ezen adatok alapján a újonnan észlelt és az akkor érvényes szakmai protokollek szerint átvizsgált esetek száma évi ötezernél kevesebbre becsülhető.

A szakellátásban a becsülhető lakossági prevalencia alapján várható összes demens betegek kevesebb, mint ötöde kerül kivizsgálásra, ill. demensként egészségügyi gondozásba^H. Még kevesebb azok száma, akiknél demenciájuk jogi következményeit gondnokság alá helyezés elrendelésével is megállapítják^H.

A demencia nem közvetlen halálok, ezért a halálozási statisztikákból sem lehet a gyakoriságára következtetni. Több prospektív külföldi vizsgálat egyöntetű összegzése szerint a demencia *quo ad vitam* prognózisa rossz, és a súlyosabb fokú demenciáké rosszabb, mint az enyhébbeké [23-26]^{K2+C}.

II. Diagnózis

A demencia átvizsgálásának vázlatát a 3.6 melléklet tartalmazza.

A demencia tényének és mértékének megítélése klinikai vizsgálattal történik. A klinikai vizsgálatnak a részletes és célzott exploráción és betegvizsgálaton kívül ki kell terjednie a heteroanamnézis felvételére és a hozzáférhető egészségügyi adatok (dokumentumok) áttekintésére. Fontos a memória (azonnali, rövid és hosszú távú), tájékozottság, a mindennapi aktivitás, életvitel és önellátás szintjének megállapítása, a korábban jellemző teljesítményszintnek és az esetleges depressziós tüneteknek dokumentálása, valamint a zavart epizódok, pszichotikus jelek, agresszivitás explorálása^{G,1D}.

A diagnosztika célja:

- a demencia lehetősége, felvetése, a gyanú igazolása: a demencia tényének és súlyosságának klinikai megítélése
- a demencia hatása a beteg ítélőképességére és viselkedésére
- a szoba jövő kórok(ok) feltérképezése
- társuló és szövődményes rendellenességek, betegségek megállapítása

A demencia súlyossági fokozatának meghatározása a szupportív és terápiás intervenciók szempontjából nagy jelentőségű:

A demencia súlyossága szerint lehet

enyhe: Jelentős deficittünetek mellett az önellátás képessége megtartott, a személyi higiéné megfelelő, az ételtalkotás képessége a szükségletekhez képest megfelelő.

középsúlyos: Az önálló életvitel részleges, nehézkes és veszélyes. A beteg életviteléhez rendszeres segítséget igényel, de az állandó felügyelet nélkülözhető.

súlyos: Állandó felügyeletet igényel. A személyes higiénét elhanyagolja. A gondolkodás inkoherens [4].

Fontos, hogy az auto- és heteroanamnesztikus adatokat kellő kritikával értékeljük – például az „agyrázkódás” vizsgálati leletekkel alátámasztható-e, valószínűsíthető-e valamely fizikai vagy pszichés trauma kapcsolata a jelenlegi mentális tünetekkel. Ugyanígy körültekintést igényel a hozzátartozók által „hirtelen”-nek jelzett mentális hanyatlásnál annak megítélése, hogy nem csupán arról van-e szó, hogy az új helyzetben hirtelen ismerték fel az adott tüneteket. A vizsgáló az adatok minősége iránti fenntartásait megfelelő nyelvtani szerkezetekkel (idézet, hivatkozás) és a konkrét evidencia hiányára való szöveges utalásként jelezheti. A rögzített anamnézisnek ki kell térnie a hiányzó fő tünetekre, így írásban nyilatkoznia kell arról, hogy olyan (hetero)anamnesztikus adat, mely a demencia tünet-együttesének része, vagy gyakori kísérő tünete, így kifejezetten afázia, agnózia, apraxia, delirium, kritikátlan vagy bizarr magatartás, elkóborlás, téveszme, depresszió nem került korábban észlelésre (a szövegben a tünet meglétének hiányára is utalni kell!) A klinikai vizsgálatnak a részletes neurológiai és pszichés státusz felvételén túl ki kell terjednie a kortikális / kognitív működések vizsgálatára és a tünetek mértékének szemikvantitatív megállapítására az egyszerűbb tesztek és azokhoz rendelt becslőskálák felvételével és archiválásával^{G,1}. Fontos azonban tudatosítani, hogy a demencia fennállása vagy súlyossága nem állapítható meg a pszichometriai teszteken adott teljesítményből, mert az a tünetek által okozott életviteli nehezítettség függvénye! (Lásd a demencia súlyossági fokainak meghatározását az előző oldalon.) Javasolt pszichodiagnosztikai

minimum a (30 pontos) MMSE (3.2 melléklet) és az órarajzolósi teszt (3.7 melléklet) felvétele és archiválása, továbbá a módosított Hachinski-féle ischaemiás skála (3.3. melléklet) és a GDS (globális deteriorációs skála, 3.4 melléklet) értékének rögzítése. Az utóbbi két skála felvételét nem szükséges a vizsgálati munkalap archiválásával dokumentálni, szükséges viszont, hogy a szóveges anamnézis minden, a pontozást befolyásoló adatot tartalmazzon, hogy a skálaérték megállapításának szempontjai független megfigyelő számára is reprodukálhatóak legyenek.

A MMSE vizsgálat –számos limitációja és tökéletlensége ellenére – rendelkezik a legnagyobb nemzetközi összehasonlíthatóság és elterjedtség előnyével^G, továbbá, a járóbetegellátásban önálló tételként is elszámolható^H. Egyéb kognitív és diagnosztikai szűrő- és gyorsesztek, skálák, tünetlisták [27, 28] felvétele, kipróbálása szakmailag kívánatos és felkarolandó, de a módszertani újítások és helyi idioszinkráziák csak a standardnak elfogadott^{M,G[29]} MMSE kiegészítésére és nem helyettesítésére használhatóak.

A demenciára jellemző tünetekkel jelentkező beteg további eszközös pszichodiagnosztikai vizsgálata akkor javasolt^{G[29],I^C}, ha

-az anamnézis, pszichiátriai státuszfelvétel és MMSE nem ad egyértelmű eligazítást (például magas iskolai végzettségű beteg kezdődő kognitív panaszainál) és/vagy

-nem kognitív tünetképzés (pl. depresszió) atipikus formája vetődik fel, vagy a személyiségvizsgálat kiemelt diagnosztikai fontosságú.

-Körülírt agykárosodásra utaló neuropszichiátriai tünetek (afáziák, lebenytünetek) esetén.

Utóbbi két esetben az MMSE pontszám meghatározása nem informatív, és felesleges.

A (neuro)pszichodiagnosztikai vizsgálatokat klinikai szakpszichológus vagy neuropszichológus vagy törvényszéki orvos-szakértő intézet pszichológus szakértője végzi el, aki a vizsgálat eszközeit és azok sorrendjét saját kompetenciájában választja meg és ad azok alapján szóveges szakvéleményt a vizsgálatkérő (orvos, bíró) konkrét szóveges kérdéseire válaszolva. A szakvélemény rekonstruálhatósága a tesztek archivált munkalapjaiból, jegyzőkönyveiből és a kiértékelésre vonatkozó szakmai útmutatásokból elemi követelmény. Nem kívánatos, ha a feltett kérdés túl redukcionista ill. mechanisztikus (pl. mennyi a DI?), mert így a szakpszichológus is az előzetesen felállított kórisme szemszögéből közelít a beteg vizsgálatához.

2. Fizikális vizsgálatok

Fizikális vizsgálat szükséges a demens (és bármilyen más) beteg neurológiai és belgyógyászati státuszának felvételéhez. A demencia átvizsgálásához hozzátartozik a tájékozódó jellegű szomatikus és neurológiai vizsgálat, függetlenül attól, hogy azt a demenciát vizsgáló szakrendelés maga végzi-e el vagy más szakrendeléssel végezteti^G. A demenciának önmagában fizikai vizsgálatnál észlelhető közvetlen tünete nincs, de számos, demenciát is okozó alapbetegségnek vannak fizikai vizsgálatnál észlelhető egyéb tünetei (pl. parkinsonos tünetek, alkoholizmus jelei).

3. Kötelező diagnosztikai vizsgálatok (felhasznált bizonyítékok, azok szintjei)

3.1.) Laboratóriumi vizsgálatok

A demencia tünetegyüttes megállapítása klinikai vizsgálatlalt történik, specifikus vagy szenzitív laboratóriumi markerekről csak az egyes etiológiai demencia-típusok esetén beszélhetünk. A demencia átvizsgálásában nemzetközi és nemzeti szakmai testületek ajánlásai figyelembevételével minősítünk egyes vizsgálatokat kötelezőnek avagy fakultatívnak.

Alapvető, hogy a demencia-gyanús betegeken a neuropszichiátriai diagnosztika, ill. a diagnózis felállítása előtt, vagy legkésőbb annak során részletes belgyógyászati átvizsgálás történjen, még akkor is, ha szomatikus panaszai nincsenek vagy nem állnak előtérben. A szomatikus kivizsgálás részletességétől elvárható, hogy a magasvérnyomás-betegséget, az iszkémiás szívbetegséget, vese-, máj-, keringési és légzési elégtelenséget és a cukorbetegséget (ha van) feltárja, és a szakma aktuális színvonalának megfelelően vegye kezelésbe. Ennek

megszervezése a házi orvos feladata. Szakmai minimum, hogy a frissen diagnosztizált demens betegek általános orvosi (belgyógyászati) átvizsgálása elég alapos legyen ahhoz, hogy 3 hónapon belüli vércukor, mennyiségi és minőségi vérkép, szabad tiroxin és trijód-tironin, szenzitív thyreoidea stimuláló hormon, szérumbilamin, szérumbilamin, szérumbilamin, glutamát-piruvát és glutamát-oxalacetát transzamináz, laktát dehidrogenáz és γ -glutamil transzpeptidáz értékek rendelkezésre álljanak [30]^{G, I C}. Ezen vizsgálatok elvégzését, normális vagy abnormális értékeit és elvégzésük dátumát a Demencia Centrumokban előírt „Demencia vizsgálati lapon” (3.5 melléklet) jelölni kell^H, vagy ahol ilyen lap vezetése nélkül dokumentálják a demencia vizsgálatát, ott a betegtől elkért lelet fénymásolatát vagy az intézményi betegdokumentációs rendszerből kinyomtatott leletet kell az intézményben archivált betegdokumentációhoz csatolni. Tekintve, hogy a „demencia vizsgálati lap” tíz karaktert meghaladó szöveg olvasható feltüntetésére nem alkalmas, ajánlott a demencia központokban is a számítógépes hálózat által nem lekérhető leleteket másolatban a betegdokumentációhoz csatolni^H.

Normo- vagy mikrociter vérkép ismeretében a szérumbilamin vizsgálat a demencia kóros diagnózisához nem szükséges [30]^C. Endokrinológiai vizsgálatok, cukorterhelés, vesefunkció, hasi ultrahang, mellkas átvilágítás stb. elvégzése „vaktában” vagy „szűrő célzattal” nem elfogadható, ezekre csak dokumentált atípusos tünetek vagy belgyógyászati javaslat alapján kerüljön sor. A szérumbilamin vizsgálatát is kizárólag Wilson kórra utaló lefolyás (korai kezdet, extrapiramidális tünetek) vagy belgyógyászati, szemészeti javaslat (hepatopathia, cornea-depositum) birtokában indokolt elvégezteni.

Treponema, borellia és HIV szerológia vizsgálatára akkor kerülhet sor, ha a fertőző ágenseknek történt expozíció valamely anamnesztikus adat miatt, a populációs átlagot meghaladó fertőzés valószínűsége jelez [30]^D.

Lumbál- vagy ciszternapunkció és a nyert folyadék laboratóriumi elemzése csak meningeális izgalom, illetve a liquorból kimutatható kórokozó, daganatsejtek vagy Creutzfeldt-Jakob betegség gyanúja esetén indokolt. A liquor amiloid- β és (foszfo)tau proteinek meghatározása az Alzheimer típusú patológiát jelezheti. Számos vizsgálat ismeretes, melyek jó validitási adatokat (50-80% szenzitivitás, 50-75% specificitás) mutattak e mérési paramétereket a neuropatológiai diagnózishoz viszonyítva [31]. Mindazonáltal liquorvizsgálattal a demenciát sem igazolni, sem kizárni nem lehet, ezért ezen teszteknek jelenleg nincs szerepük a diagnosztikai algoritmusokban, és ahol rutinszerűen végzik azokat, ott sem váltanak ki költségesebb vagy kevésbé megbízható vizsgálatokat. Emiatt a liquor amiloid-béta és (foszfo)tau ELISA kitek egyelőre a kutatás eszköztárát gyarapítják. Hasonlóan értékelhetjük a kiváltott elektroencefalográfiai válaszok (pl. P₃₀₀) vizsgálatát is.

A genotípus megállapítása a diagnózis korai és definitív eszköze Huntington korea esetén. Egyéb genetikai vizsgálatok indikálása más familiáris (családon belül halmozódó) demenciák esetén mérlegelhető, de hasznosságuk nem igazolt [30]³. Ilyen vizsgálatokra csak tudományos kutatási célból, a vizsgálati protokoll illetékes szervekkel történt engedélyeztetését követően kerülhet sor.

3.2.) *Képzővizsgálatok*

Fokális agybántalom (tumor, metastasis, vascularis laesiok, demyelinizáció) kizárásához agyi MRI vizsgálat elvégzése javasolt és indokolt. CT vizsgálatra csak sürgős neurológiai-idegsebészeti intervenciót igénylő kórok kizárásához lehet szükség, ha az MRI vizsgálat várólistája a sürgető indokok megfelelően dokumentált és indokolt körülmények és tünetek részletezése után is célszerűtlenül hosszú lenne. Egyéb esetekben sem a vizsgálati költségek, sem a vizsgálat hatékonysága nem indokolja előbb (a gyorsan és könnyen hozzáférhető) CT, majd MRI vizsgálat elvégzését^H. Kívánatos, hogy a radiológiai diagnosztát a vizsgálatot rendelő orvos a lehető legteljesebb adatközléssel lássa el a szóba jövő, ill. kizárandó kóros tényezőket illetően, különösen akkor, ha a betegdokumentáció egésze a számítógépes hálózaton át a leletező számára nem hozzáférhető.

Agyi vérátáramlás vizsgálata SPECT által akkor indokolható, ha vaszkuláris demencia gyanúja merül fel annak ellenére, hogy a MRI lelet nem mutat diagnosztikus elváltozásokat. A vaszkuláris kór-eredet vizsgálata indokolt, ha a tünetek, az anamnézis és a betegség lefolyása (a Hachinski skála érték ≥ 5 alapján) iktális, lépcsőzetes progressziót jelez. Amennyiben a nyugalmi agyi vérátáramlás SPECT vizsgálata kóros eltérést igazol, differenciáldiagnosztikai szempontból a vaszkuláris rezervkapacitás vizsgálata adhat további támpontot. Alzheimer kór klinikai gyanúja esetén a korai diagnózis felállítását szolgálhatja az agyi vérátáramlás SPECT vizsgálata, annak negativitása vagy nem egyértelmű eredménye esetén az agyi glükózfelvétel pozitron emissziós tomográfiával (PET) végzett vizsgálatától remélhető diagnosztikus adat. Az agyi glükózfelvétel PET vizsgálata mérlegelendő tisztázatlan eredetű preszenilis (65 év alatti) demencia és frontotemporális demenciák (ideértve a Pick betegséget is) klinikai tünetekkel megalapozott gyanúja esetén, ha a MRI vizsgálat nem volt informatív [32]^{K D}.

Pozitron-emissziós tomográfiával történő vizsgálatot a pszichiátriai és neurológiai centrumok (országos intézetek, egyetemi klinikák) és a velük együttműködő önálló osztályok kezdeményezhetnek a PET Vizsgálatok Koordinációját Végző Szakmaközi Bizottságnál.

Parkinson kórhoz társuló demenciák gyanújában a dopamin transzporter SPECT vizsgálata nyújthat hasznos diagnosztikus információt^{A D}.

Általános szabályként kimondhatjuk, hogy a képalkotó vizsgálatok ismétlése csak új tünetek esetén indokolt. Az egyszer már diagnosztizált demenciában a képalkotó vizsgálatok ismétlése két éven belül csak kivételesen tekinthető indokoltnak (olyan klinikai tünetek jelentkeztek, melyek a korábbi diagnózist megkérdőjelezzik, vagy egyéb, társuló betegségekre utalnak, stb.), mely rendkívüli indokok a betegdokumentációból egyértelműen rekonstruálhatóak kell, hogy legyenek.

3.3.) *Egyéb diagnosztikai eszközök*

Elektroencefalogram készítése atípusos időskori epilepsziák és Creutzfeldt-Jakob betegség gyanúja esetén indokolt. Az EEG számítógépes kiértékelése könnyíti és gyorsítja a leletezést, így a hagyományos (papír alapú) EEG vizsgálatoknál korszerűbbnek és kevésbé munkaigényesnek tekinthető.

Élő betegből agybiopsia végzése akkor indokolt, ha a feltételezett betegség csak így állapítható meg és speciális, hatékony, de kockázatos kezelése lehetséges (pl. agyi vasculitis, lymphoma). Kórbonctani és kórszövettani vizsgálat a demenciák etiológiai tipizálásának aranystandardja: minden klinikai és eszközös vizsgálat értékét ehhez viszonyítják. Mindazonáltal a demens betegek többségében az agyszövet nem kerül szisztematikus neuropatológiai feldolgozásra, sőt, boncolásra sem, ezért post mortem kórszövettani vizsgálattal Magyarországon a klinikai diagnózisoknak csak csekély hányadát igazolják^H. Kívánatos volna az egészségügyi szakirányítás részéről olyan ösztönzőrendszer kimunkálása, mely az egészségügyi szolgáltatókat minél jobban motiválná e munka- és szakértelem-igényes patológusi tevékenység elterjesztésére.

4. Kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok (bizonyítékok, azok szintjei)

Agyi nagyerek áramlásának ultrahang (Doppler) vizsgálata indokolt minden olyan esetben, ahol a vaszkuláris pathomechanizmus valószínű. A szonográfias vizsgálat elvégzését szükségesnek tekintjük minden esetben, ahol az MRI féloldali túlsúlyú vaszkuláris léziókat mutat, vagy a vizsgálati személynél más, kifejezetten agyérbetegségekre utaló tünetek is voltak, vagy vannak^{4D}.

5. Differenciális diagnosztika

Tünettani szinten mérlegelni kell a kognitív zavarral járó alábbi (BNO-10 szerint nevesített és részletezett) tünetcsoportok lehetőségét:

- korfüggő feledékenység (klinikai figyelmet érdemlő pszichoszociális diszfunkció nélkül)

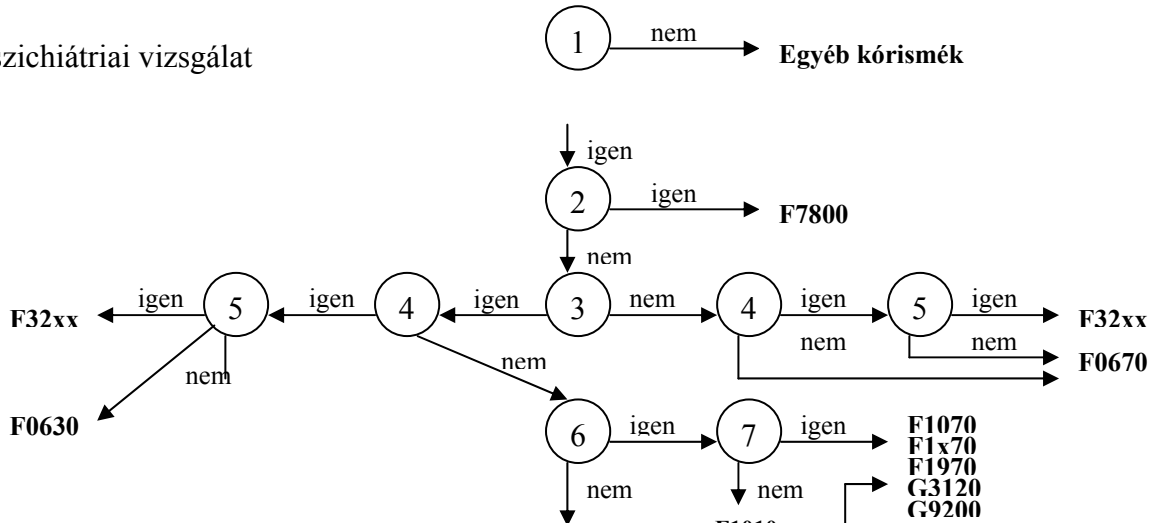
- enyhe kognitív zavar (F0670)
- organikus (pl. alkoholos, fokálléziós) amnesztikus szindróma
- organikus személyiségzavar

Az „enyhe kognitív zavar (F0670)” tünetegyüttes a demencia kritérium-tüneteit el nem érő kognitív funkciózavar. Vélhetően minden alattomosan kifejlődő demencia prodromája az „enyhe kognitív zavar” (Mild Cognitive Impairment; MCI) lehetett. Kohorszvizsgálatok szerint az ilyen betegek között a demencia kialakulásának éves incidenciája 10% feletti, ez kontroll populáció sokszorososa [33]. Emiatt az enyhe kognitív zavarban szenvedő betegek számára indokolt a demens betegek részére előírt diagnosztikus vizsgálatokat és betegkövetést felajánlani a Demencia Centrumok oldaláról, különös tekintettel a neuropszichológiai állapot felmérésére és követésére.

„*Pszeudodemencia*” néven említjük az olyan kognitív deficitet okozó állapotokat, melyeket más pszichiátriai betegségek (leggyakrabban a depresszió) okoznak. A pszeudodemencia kezelése az alapterbetegségé. Megemlítjük, hogy a depresszió és a demencia nem antagonistikus kategóriák, hanem gyakran komorbid állapotok[30]^{K2++B}. A „pszeudodemencia” kizárásához egyéb pszichés zavarok (pl. értelmi fogyatékoság, aggraváció) lehetőségét is mérlegelni kell. Intoxikációk és anyagcserezavarok (altató, nyugtató, ólom, uremia, hepatikus enkefalopátia) is okozhatnak reverzibilis, demencia-szerű tüneteket.

6. Diagnosztikai algoritmusok

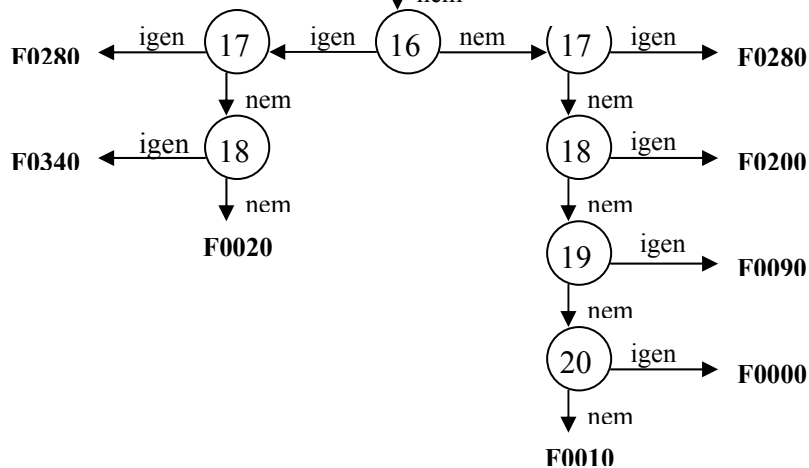
I. Pszichiátriai vizsgálat



II. Neurológiai vizsgálat

III. MRI vizsgálat

IV. Besorolás a primer neurodegeneratív Demencia-típusokba



Szövegek a számmal jelölt blokkokhoz:

1. Feledékenység?
2. Mentális retardáció?
3. Demencia kritériumok teljesülnek?
4. Depresszió szindróma?
5. Antidepresszív kezelésre kedvezően reagál?
6. Alkohol, pszichotróp gyógyszer, neurotoxikus pszichoaktív anyag expozíció fennáll?
7. Alkohol, pszichotróp gyógyszer, neurotoxikus pszichoaktív anyag elhagyása után a demencia tünetek maradnak?
8. Krónikus alkohol, pszichoaktív anyag expozíció az anamnézisben?
9. Parkinsonizmus?
10. Koreoatetózis?
11. Ataxia+inkontinencia?
12. Fejtrauma?
13. Encephalitis?
14. Szubakut lefolyás?
15. Fokális léziók, melyek következményeként demencia kialakulása valószínű?
16. Vaszkuláris léziók, melyek következményeként demencia nem várható?
17. Olyan (endokrin, metabolikus, infekt) általános egészségi állapot, melynek következményeként demencia valószínű?
18. MRI-n frontális atrófia, kezdeti szakaszban kritikátlan viselkedés áll előtérben?
19. Tünetek jelentkezésének ideje nem állapítható meg?
20. Tünetek jelentkezése 65 év alatt?

F0000/G3000	Demencia Alzheimer betegségben, korai kezdettel
F0010/G3010	Demencia Alzheimer betegségben, kései kezdettel
F0020/G3080	Demencia Alzheimer betegségben, atípusos vagy kevert formák
F0090/G3090	Nem meghatározott demencia Alzheimer betegségben
F0100	Vaszkuláris demencia akut kezdettel
F0110	Multiinfarktusos demencia
F0120	Szubkor tikális vaszkuláris demencia
F0130	Kevert kortikális és szubkortikális vaszkuláris demencia
F0180	Egyéb vaszkuláris demencia
F0190	Nem meghatározott vaszkuláris demencia
F0200/G3100	Demencia Pick betegségben
F0210/A8100	Demencia Creutzfeldt-Jakob betegségben
F0220/G20H0	Demencia Huntington betegségben
F0230/G20H0	Demencia Parkinson kórban
F0240/B2200	Demencia HIV-megbetegedésben
F0280	Demencia máshol osztályozott betegségben
F0630	Organikus affektív zavar
F0670	Enyhe kognitív zavar
F0710	Postencephalitises syndroma
F0720	Postcommotiós syndroma
F1070/G3120	Alkohol okozta reziduális zavarok (kp. Ir. Elfajulás)
F1970	Drogok és pszichoaktív anyagok okozta reziduális zavarok
F032x	Depressziós epizód
F7800	Mentális retardáció k. m. n.
G9200	Toxikus encephalopathia
G9120	Normál nyomású hydrocephalus

III. Terápia

A cél a demencia tüneteinek enyhítése, a betegség által okozott szenvedés mérséklése. A demencia kezelésével kapcsolatos nihilizmus nem elfogadható. A reverzibilis, ill. megállítható demenciák kezelése alapvető cél. A nem-reverzibilis demenciák farmakális kezelése rohamléptekkel fejlődik, mind a hatásmódok, mind pedig a hatás ellenőrzését, mérését illetően. Szakszerű ápolással, hatékony szociális munkával, és palliatív orvosi beavatkozásokkal mindenfajta demencia célszerűen kezelhető. Ezért a demens beteget akkor is kezelni szükséges, ha az alkalmazott kezelési módszerek a betegség kimenetelét nem fordítják meg. A demencia kezelésére elfogadható módszereket a 3.8 mellékletben soroljuk fel.

III/1. Nem gyógyszeres kezelés (felhasznált bizonyítékok, azok szintjei)

A demens betegek pszicho(szocio)terápiája sokféle célkitűzéssel, módszerrel és intenzitással történhet. Ezen segítő beavatkozások kultúrák közötti összevethetősége számos szempontból problémás, ezért a kontrollálatlan beszámolók és eset-kontroll összevetéseknél magasabb szintű evidencia a legtöbb módszer vonatkozásában nem elérhető és a jövőben sem remélhető. Utalunk elsősorban a „látszat-kezelés” és az összevetendő kontroll-kezelés („aranystandard”) hiányára. Ha történnek próbálkozások egyes vizsgálatok összevonására, azok módszerei szükségszerűen erősen vitatható heurisztikus alapokon (pl. a „*ceteris paribus*” axiómája) nyugodhatnak és magyar viszonyokra való adaptálhatóságuk kétséges. Ilyen és ehhez hasonló problémák miatt nem tudott az erre vállalkozó Cochrane munkacsoportok többsége nyilatkozni a vizsgált pszicho- és szocioterápiás módszerek hatásosságáról (rossz minőségű adatok, [34-39])^{M1-}. Kivételként említjük a realitás-orientációs kezelést, mely esetében bizonytalan és csekély pozitív hatást lehetett valószínűsíteni a viselkedési és kognitív tünetekben – a nem kezelt kontrollhoz viszonyítva [38]^{M1-}. Nem kétséges, hogy a demens beteg és környezetének interakciói, a segítő vagy elhárító magatartás hatása jelentős a beteg sorsára és a gondját viselő személyek életminőségére^{G D}. Ezt kontrollált vizsgálatok nélkül is evidenciának tekinthetjük, ahogy teszik ezt nemzetközi és más nemzeti testületek szakmai protokollei.

1. A megfelelő egészségügyi ellátás szintje

A demens betegek ellátásának szintjei:

- háziorvosi ellenőrzés
- otthon gondozás/ápolás hozzátartozó által
- házi ápolás, szociális gondozás
- idősek napközi otthoni ellátása
- demensek napközi otthonai
- területi gondozási központok
- idősek otthonai (magán, egyházi, önkormányzati)
- elmeszociális otthonok
- kórházak akut osztályai
- kórházak krónikus és rehabilitációs részlegei
- pszichiátriai és neurológiai osztályok, általános szakrendelések
- specializált gerontopszichiátriai osztályok
- geriátriai szakrendelések
- demencia centrumok

Elemi humanisztikus, praktikus és tapasztalati megfontolásokból a demens betegek számára a pszicho- és szocioterápiás célú intervenciókat legkedvezőbben az arra ambicionált közeli hozzátartozó, illetve gondviselő képes megvalósítani. Neki, egyéni adottságai és aktuális terhelhetősége figyelembe vételével, a háziorvos, a demens beteget szakorvosi gondozásban részesítő pszichiáter vagy neurológus szakorvos, klinikai szakpszichológus és szociális/egyházi

szolgálatok speciális tapasztalatokkal rendelkező munkatársai adhatnak tanácsot, tehetnek javaslatot az ellátásban esedékessé váló módosításokra (a gondviselő személyes kompetenciájának messzemenő figyelembevételével). A demens betegek egyéni pszichoterápiás kezelésének (neuropszichológus, gyógytornász, pszichoterápiás asszisztens, stb.) csak az enyhe fokban dementálódott, prognosztikailag legalább részlegesen reverzibilisnek tekinthető esetekben van racionalitása (pl. aphasia vagy kognitív tréning stroke vagy baleset után [35])^{K2+C}.

A pszichoszociális intervenció négy formája különíthető el: a kogníció-, magatartás-, emóció- és stimulusorientált kezelések. A határvonalak ezen kezelések között átjárhatók.

Az önkormányzati és egyházi üzemeltetésű szociális intézményekben (idősek napközi vagy benntlakásos otthonai) kívánatos lenne az enyhe fokban dementálódott (és nem dementálódott) egyének számára kimunkált feladatokkal történő rendszeres kognitív stimuláció (brain jogging, társas játékok [39, 40])^{K2+C}. A realitásorientációs tréning mentálisan markáns(abb)an hanyatlottaknak folyamatos (úgynevezett 24 órán át zajló), illetve heti 2-3 alkalommal, kiscsoportos formában történhet, de egyéni formában is végezhető [41]. Az ún. reminiscencia-terápia középpontjában a kellemes emlékek módszeres felelevenítése áll [42]. A magatartásterápia egy jól kiválasztott tünetre (incontinentia urinae, céltalan kóborlás, alvászavar) lehet jó hatású[43]^{G2+D}.

Az alkalmazott szocio-pszichoterápiás intervenciók módszere és intenzitása, a bevont betegek köre jelenleg nagymértékben függ az adott intézmény munkatársainak érdeklődésétől és spontán indíttatásától. Kívánatos volna a jövőben az ilyen szocio-pszichoterápiás módszerek alkalmazására az intézményeket motiválni, majd a sokféle próbálkozásból a hatékonyak közös jellemzőit útmutatókban, protokollekben vagy követelményekként megfogalmazni^H.

2. Általános intézkedések

A demens beteg egészségügyi ellátásának, kezelésnek a hozzátartozók, gondviselők és, lehetőség szerint, a beteg irányában is edukatív jellegűnek kell lennie. A teherbíró terápiás kapcsolatot segíti, ha a kezelőorvos egyszerű szavakkal, tájékoztató broszúrákkal elmagyarázza a betegség és a kezelés jellegét, és kellő időben utal a várható anyagi, jogi és gondozási problémákra^G.

Főként a neurodegeneratív demenciák esetén a beteg ill. hozzátartozó felvilágosítása jelentős probléma. Incipiens demencia esetén a lehető legsúlyosabb kórlefelvételt körvonalazni nem célszerű és szakmailag sem indokolt (tekintve, hogy más interkurrens betegségek miatt a betegek többsége nem járja legvégig a kórlefelvételt)^I. Mindazonáltal a betegnek és a gondviselőjének joga van az orvos (házi orvos, neurológus, pszichiáter, stb.) által ismert összes, az állapotra vonatkozó információ megismerésére, amennyiben ezt explicit módon kéri. A demencia közepesen súlyos szakában viszont szükséges a gondviselő figyelmét felhívni a jogi teendőkre (gondnokság alá helyezés) és a várható tünetekre (elkóborlás, önálló életvitel nehézségei, stb.)^I.

A közvetlen gondozókkal rendszeresen meg kell beszélni a kezelés aktuális célkitűzéseit, a kockázatokat, valamint az ő szerepüket a rövid távú kezelési folyamatban. A betegnek az aktuális belátási szintje függvényében kell lehetőséget adni a kezelési opciók, veszélyek megbeszélésére^G.

Az enyhe fokban dementálódott egyének önálló életvitelét hathatósan segíthetik az idősgondozás szociális intézményei és szociális munkásai, akik a háztartás vezetésében, a hivatalos ügyek intézésében segíthetik a rászorulókat, és ezáltal tehermentesíthetik a hozzátartozókat. Az idősgondozás önkormányzati, egyházi és alapítványi üzemeltetésű intézményei (idősek napközi otthonai, idősek otthonai) is segítséget nyújthatnak a hozzátartozóknak, melyek működéséről a Demencia Centrumok szociális munkásai a hozzátartozókat, betegeket tájékoztatással látják el.

3. Speciális ápolási teendők

A demens betegek ápolása a betegség kezdeti, enyhe és középsúlyos stádiumában a betegek saját életterében történik. A családtagok és a szociális gondozás eszközeit kell alkalmazni, mindamíg a beteg saját állapotát fel tudja mérni, veszélyeztető magatartást nem mutat, és az elérhető rokoni, közösségi és orvosi segítséget elfogadja. A betegség progressziójából fakadóan az előrehaladottabbban dementálódott személy 24 órás felügyeletre szorul.

A demens beteg ápolása speciális felkészültséget igényel, különösen, ha a demencia tüneteinek delirium, téveszme vagy testi fogyatéka is társul^G. A gondnokság alá nem vont beteg személyes szabadságjogainak korlátozása alapvetően a pszichiáter szakorvos mérlegelési körébe tartozik, az ilyenkor követendő eljárási és dokumentációs szabályokra a belátásra képtelen betegekkel kapcsolatos rendelkezések vonatkoznak és követendők.

A beteg állapotának, magatartási tüneteinek és a gondviselők terhelhetőségének változásai szükségessé tehetik a demens beteg hospitalizációját. Szakmailag indokolatlan és kártékony – jóllehet emberileg érthető – helyzet, ha a demens beteget a hozzátartozók a kritikus magatartászavar megszűnte után sem hajlandók fogadni, mert ellátása 24 órás felügyeletet igényel. Ilyenkor gyakran a demens beteg a pszichiátriai osztályról az elme-szociális otthonba távozik, vagy a pszichiátriai osztályon meghal. Szükséges az ilyen helyzetekben az indokolatlan és költséges túlápolás megelőzésének, azaz a beteg fekvőosztályon kívüli ápolásának gyakorlati feltételeit pár héten belül megteremteni (pl. a gondnokság alá helyezés gyors elindításával, és az elme-szociális otthoni várólisták rövidítésével)^H.

4. Fizikai aktivitás

A demens betegek fizikai aktivitása a kórlefolyás korai szakaszában célszerűen irányítható és ösztönzendő [44, 45]^{K2+D}. Előrehaladottabb stádiumban a demens betegek fizikai aktivitása gyakran céltalan (pakolászás, elkóborlás, éjszakai zavart manőverek), ezért azok visszaszorítása a gondozó pszichiáter és a gondviselő személy(ek) közös feladata. Céltartó gyógytorna feladatok társuló motoros deficittünetek esetén (pl. stroke után) a beteg kooperációja függvényében megkísérelhető.

5. Diéta

A demens betegek számára állapotuk speciális diétát nem indokol, illet csak a társuló, vagy alapbetegség(ek)re való tekintettel lehet indokolt előírni.

6. Betegoktatás

A demens beteg belátása korlátozott, oktatását a követendő viselkedésről a gondozóra szükséges bízni. A demens betegekkel való foglalkozás alapszabályai:

- egyszerűen, érthetően kommunikáljunk a beteggel, mondjuk el százszor, ha kell.
- kerüljük a konfrontációs helyzeteket (elterelési manőverek)
- minden helyzetben őrizzük meg nyugalmunkat
- legyünk következetesek (azonnali jutalmazás/büntetés)
- fokozatosan, egyszerre csak keveset változtassunk
- emlékeztetőkkal, jelekkel segítsük a beteg orientációját
- mindig a beteg teljesítményéhez igazítsuk a feladatokat és az elvárásokat, és ezek függvényében biztosítsunk autonómiát a betegnek.
- gyakoroltassuk a meglévő képességeket (sikerélmény a betegnek)

A demens személyt gondozó hozzátartozó aktuális pszichés állapotának a diagnosztikája és kezelése is a kiemelt jelentőségű. Ez lehet az aktuális problémákra irányuló, biztosítható ventillációs lehetőséget, de a spektrum a gondozó pszichés kórállapota – gyakran depressziója, kiégése – felismeréséig és kezeléséig terjed. Előnyös lehet a hozzátartozók csoportjainak

bevonása, részben felvilágosítás céljából, részben az aktuális problémára centrált, feszültségoldó és önsegítést erősítő célból^{G,I 3D}.

III/2. Gyógyszeres kezelés (felhasznált bizonyítékok, azok szintjei)

Jelenleg kevés olyan hatóanyag ismeretes, melynek alkalmazását a demencia kritérium-tüneteinek enyhítésére nagyszámú beteg multicentrikus, randomizált és kontrollált vizsgálatainak értékelésére hivatkozva tekinthetünk hatásosabbnak a placebónál. Még kevesebb jó minőségű vizsgálat támasztja alá azt a munkahipotézist, hogy a demens betegek társuló pszichés tüneteinek kezelésére (p. pszichotikus zavarok, depresszió, magatartási zavarok) alkalmazott szerek hatásossága a fiatalabb korcsoportokon észlelt hatásossági mutatókhoz hasonlítana. A jelenleg elérhető adatok alapján a demens betegeknek agitáció ellen adott antipszichotikumok hatásosságát indokolt feltételezni^{M1+B} [46], a depresszív tünetek ellen demens betegeknek adott antidepresszív gyógyszerek hatásossága kétséges^M [47].

A magas szintű bizonyítékok által is hatásosnak mutatózó gyógyszerek jellemzően páteus termékek, melyek költséges multicentrikus vizsgálatait a gyártó is támogatja. Ebből következően a régóta ismert, generikus szerek és a korábban más indikációkban alkalmazott (olcsó) hatóanyagok klinikai hatásosságát sok esetben kis elemszámú, kevésbé összevonható, általánosítható vizsgálatokból kell(ene) megítélni, melyek alacsonyabb szintű evidenciát szolgáltatnak, mint a nagy multicentrikus, randomizált és kontrollált vizsgálatok. Ez a tény az evidenciák rangsorolását nagymértékben torzítja.

Jelenleg a demencia kognitív tüneteinek kezelésében az alábbi alkalmazásokat támasztja alá nagy bizonyító erejűnek tekinthető mennyiségű és minőségű vizsgálat:

Enyhe és középsúlyos Alzheimer betegség kezelésében kimutathatóan jobb a placebónál a klinikai globális benyomás, MMSE és magatartási/aktivitási skálákon a donepezil, a rivastigmin és a galantamin^{M2+B} [48-50]. E hatások egy évi kezelés után is kimutathatóak^{R2+B} [49].

Középsúlyos és súlyos fokú Alzheimer betegség kezelésében a memantin a placebónál kedvezőbb hatást gyakorol a beteg deteriorációjára (magatartásának funkcionális jellegére) és a magatartászavarok előfordulására^{R2+B} [51].

A donepezil és galantamin vaszkuláris, a rivastigmin (acetilkolin-észteráz gátlók) a Parkinson kórral társuló demenciában is kedvezőbb hatást gyakorol a klinikai globális benyomás, a kognitív teljesítményt értékelő és magatartási/funkcionális skálákra, mint a placebo^{R2+} [52-54].

A placebónál kedvezőbb hatás várható a közzétett vizsgálatok alapján, külön megjelölés nélküli demencia kognitív tüneteire a nimodipin, nicergolin, dihidroergotoxin, propentophyllin, piracetam és Ginkgo Biloba hatóanyagú készítményektől^{M1±}, jóllehet ezekkel az (olcsó) készítményekkel csak (egyenként) kisebb elemszámú, módszertanilag heterogénebb vizsgálatok történtek, mely azok bizonyító erejét csökkenti [55-60].

Az elérhető adatok nem támasztják meggyőzően alá, hogy a kedvezőbb tünetbecslő, ill. kognitív skálaértékek az igazolhatóan hatékony(abb) szerekkel ténylegesen jobb életminőséget vagy szignifikánsan más (jobb) betegségkarriert idéznének elő az azokkal kezelt betegeknél [61]^{R1++B}. Az antidementívumok várható hatása az állapotra szerénynek mondható, és az aspecifikus (placebó) gyógyszerhatások több betegen segítenek, mit az arra rakódó farmakón-specifikus hatások (NNT>>2, [62, 63]). Ez azonban nem a terápiás nihilizmus, hanem a célzott és ellenőrzött gyógyszerelés, és az aspecifikus (placebó) gyógyszerhatások céltudatos felhasználásának szükségességét alapozza meg. A Demencia Centrumok speciális ismeretekkel rendelkező orvosainak a felelőssége, hogy ne adjanak költséges gyógyszereket olyanoknak, akiken azok hatástalanok, ne terheljék azok szervezetét juxtapotens hatóanyagokkal, akiken az indifferens placebó vagy nem erőhatású készítmény (pl. E vitamin, ginkgo biloba) is éppúgy hatásos.

1. A megfelelő egészségügyi ellátás szintje

A demens beteg optimális életfeltételeit saját otthona és a hozzátartozói figyelme és gondoskodása képes biztosítani^G. Sajnos, e feltételek az esetek nagy részében csak részlegesen adóttak. A demens beteg egészségügyi ellátása, gondozása normatív esetben alapellátási kompetencia, szakorvosi ellátást csak a kóroki diagnózis felállításához, és speciális ismereteket, tapasztalatokat igénylő helyzetek megoldásához, valamint a hospitalizációt igénylő állapotok ellátásához szükséges igénybe venni.

A beteg alapellátását végző orvos gondoljon demenciára, és utalja a beteget célzott vizsgálatra (Demencia Centrumba), ha:

- A beteg, vagy környezete fokozódó feledékenységről, vagy zavartságról panaszkodik
- Átmeneti akut zavartság jelentkezik idős személynél
- Depressziós tünetekről számolnak be idős (60 év feletti) személyeknél
- Ha a korábbi compliance elvész
- Ha a külső megjelenés, kritikai viselkedés szembetűnően romlik
- Környezetváltozásra akut zavartság alakul ki
- A megözvegyült személy önellátásra képtelen lesz
- Ha a beteghez intézett konkrét kérdésekre a kísérő hozzátartozó válaszol.

A demencia kórismézése orvosi kompetencia, egyértelmű eseteket bármilyen, a beteget észlelő orvosnak fel kell ismernie. Kétes esetekben pszichiáter szakorvos véleményezze a tüneteket konzilium vagy ambuláns szakvizsgálat során^G. A frissen észlelt, még nem átvizsgált demenciák diagnózisaként a „Nem meghatározott demencia” (BNO-10: F03.xx), illetve társuló delirium szindróma esetén a „demenciához társuló delirium” (BNO-10: F0510) megállapítása a helyénvaló. A demencia etiológiai diagnózisa és besorolása a betegnek a hatályos szakmai protokolloknek megfelelő átvizsgálását követően állítható fel. Az átvizsgálás, a terápia és a gondozás teljes eszköztára a pszichiátriai vagy neurológiai intézményi háttérű Demencia Centrumokban egyaránt hozzáférhető. A demencia átvizsgálása a megfelelő terápiás intézkedések meghozatalához szükséges, a jogi és szociális intézkedések kezdeményezését etiológiai diagnózis hiányában, vagy annak felállítása előtt is indokolt a hozzátartozóknak, ill. a beteg házi orvosának javasolni. A demencia fennállásának megállapítása, az önálló jogalanyiség alapjául szolgáló állampolgári cselekvő- és belátóképesség hiányának felismerése nem igényel speciális eszközös vizsgálatokat, sem pedig az általános orvosi ismereteken túlmenő ismereteket. Ebből következően, a gondnokság alá helyezést nem csak pszichiáter vagy neurológus ajánlhatja meg az erre jogosult és vállalkozó hozzátartozó (ennek hiányában a házi orvos) felé, hanem bármilyen kezelőorvos, jöllehet a pszichiátriai/neurológiai konziliárius véleményének kikérése általában indokolt és célszerű^G. A gondnokság alá helyezés során az illetékes bíróság a törvényszéki elmeorvosi szakértői vizsgálat véleményére támaszkodik, mely lényegesen belterjesebb, és jobban dokumentált, mint ambuláns, vagy konziliumi vizsgálat során felvett keresztmetszeti státusz. Kóroki diagnózis felállítása és kezelési javaslat adása viszont az utóbbi vizsgálatnak nem célja. E különbség ismertetése mind más szakmájú orvosok, mind a hozzátartozók felé szükséges lehet.

A demens beteg kezelésének alapja a Demencia Centrumok által javasolt vagy jóváhagyott kezelés, mely csak az általános orvosi, geriátriai/belgyógyászati, neurológiai, ápolási és szociális szakterületek munkájára támaszkodva, a beteget folyamatosan gondozókkal történő szoros együttműködésben lehet eredményes.

Fontos szempont, hogy a demens betegeknek még állapotuk viszonylagos stabilitása esetén is 3-6 havonta rendszeres neuropszichiátriai ellenőrzésre legyen lehetőségük gondozóik kíséretében az illetékes Demencia Centrumban. Gyakoribb, akár heti vizitek szükségesek gyorsan változó tünetek, gyógyszerváltás, hospitalizációs vagy intézeti elhelyezés igénye

esetén, vagy ha a gondviselő munkájával, attitűdjével kapcsolatban merül fel objektív vagy szubjektív probléma.

3. Ajánlott gyógyszeres kezelés

A demencia tüneteinek kezelésére használható gyógyszerek egyéni hatásosságának megítélésére elsősorban a demens beteggel együtt élő gondviselő hivatott, aki felelős döntést hoz a beteg anyagi eszközeinek leghatékonyabb felhasználásáról is. A demens beteg gyógyszeres terápiája, ritka kivételektől eltekintve, nem a kórállapot megszüntetését célozza, hanem a beteg és gondviselőjének életminőségét hivatott javítani. Ennek ellenére előfordul, hogy az idős betegnek tartósan olyan gyógyszerek kerülnek rendelésre, melyek életminőségre gyakorolt hatása közömbös vagy negatív (mellékhatások, interakciók), és a gondviselő tekintélytiszteltől nem meri ezt a kezelőorvossal megkonzultálni.

A kezelés komplex és hosszú távú stratégiai célokat szem előtt tartó kell, hogy legyen. Farmako- és pszichoterápiás elemeket tartalmazzon, terjedjen ki a páciens szociális környezetére is. Az állapotkövetés módszerei a diagnosztikai szakban vázolt betegvizsgálatból és a keresztmetszeti állapotot rögzítő kognitív tesztek (például az OENO kódtáblában szereplő MMSE, mely kiegészíthető más, nem kodifikált tesztek felvételével) ismétléséből állnak. Ha a terápia célja közvetlen tünetjavítás, akkor erre legalább 3 havonta, ha progressziólassítás, akkor legalább évente kell, hogy sor kerüljön¹.

Acetilcolinészteráz-gátló (továbbiakban AChEI) kezelés elsődleges célja a klinikai állapot javítása, másodlagos a kórlefofolyás lassítása [64].

E kezelés a jelenleg hazánkban forgalomban lévő két szer bármelyikével, akár donepezillel, akár rivastigminnel egyaránt kezdhető, a szerek alkalmazási előiratában szereplő megfontolások és gyógyszer-beállítási elvek szigorú követésével. Demencia Centrumokban regisztrált pszichiáter vagy neurológus szakorvos e specialitásokat térítéstámogatás mellett rendelheti, illetve 6 hónapon keresztül térítéstámogatással javasolhatja rendelni a háziorvos által. A támogatás mértékét az OEP határozza meg és az az Egészségügyi Közlönyben hirdeti ki^{1,H}.

AChEI kezelés javasolható olyan Alzheimer betegségben szenvedő betegnél, akinek MMSE (30 pontos, 3.2 melléklet) értéke 10-26 között van^{M2+A}. Az AChEI kezeléstől a placebónál kedvezőbb hatás várható vaszkuláris demenciában, ill. Parkinson betegséghez társult, vagy kevert (Alzheimeres, vaszkuláris és Parkinsonos jeleket is mutató) demenciában szenvedő egyéneken^{R,K1+}, mindazonáltal az erre utaló bizonyítékok mennyisége és minősége nem indokolja, hogy az AChEI kezeléseket a forgalmazó által bejegyzett aktuális javallatokon kívül végezzünk („off-label indikációk”).

A tünetjavító hatás lemerésére 3 havonta kerül sor, a gondviselő beszámolója alapján (melyet a betegdokumentációban kivonatolva rögzíteni kell), másodsorban a MMSE ismételt felvételével. A progresszió-lassítás egy éves gyógyszeresedés birtokában véleményezhető. A MMSE egy év alatt, hatásosnak tekinthető kezelés mellett várható csökkenése 4 vagy annál kevesebb pont¹.

Az AChEI-kezelés mindaddig tünettanilag hatásosnak tekinthető, amíg egy éven belül a MMSE-ben ismételt vizsgálattal konzekvens 4 vagy több pontos csökkenés nincs és a kezelést a gondviselő is kevesebbnek értékeli. Ha a 4 pont/év csökkenést, akár néhány hét alatt a páciens teljesítményromlása meghaladja, az indikáció megszűnik, hasonlóan ahhoz, mint ha folyamatos gyógyszeresedés nem biztosítható¹. Hatástalanság/elégtelen hatás esetén másik AChEI-re váltani nem indokolt. Az AChEI-k közötti váltást a jobb tolerálhatóság esélye teheti indokolttá. Alzheimer-kór súlyos stádiumában indokolható a memantin adása^{M1+B}; jelenleg az egyetlen molekula, melynek Alzheimer-kór súlyos stádiumában tünetjavító hatását a bizonyítékon alapuló orvoslás ismérveinek megfelelő vizsgálattal igazolták [51]. Érdemi mellékhatással nem kell számolni [63]. Javasolt dózisa fokozatosan emelkedve 2x10 mg. A memantin kezeléstől a placebónál kedvezőbb hatás várható vaszkuláris demenciában^{R1+} [51], illetve enyhébb és

közepesen súlyos Alzheimer-kórban és vaszkuláris demenciában szenvedő betegeknél^{R1-} [65, 66]; az elérhető bizonyítékok mennyisége és minősége egyelőre nem indokolja, hogy a memantin e betegcsoportokban az AChEI kezelés elé helyezzük. Középsúlyos Alzheimer betegségben a memantin előnye a placébóval szemben az eddigi vizsgálatok nem igazolták, ezért e betegcsoportban az AChEI-k a memantin elé helyezendőek.

Előzetes eredmények szerint a memantin előnyösen kombinálható az AChEI hatásmechanizmusú gyógyszerekkel^{K2+D} [67].

Demencia Centrumokban regisztrált pszichiáter vagy neurológus szakorvos a memantin hatóanyagú specialitásokat térítéstámogatás mellett rendelheti, illetve 6 hónapon keresztül térítéstámogatással javasolhatja rendelni a házi orvos által. A támogatás mértékét az OEP határozza meg és az az Egészségügyi Közlönyben hirdeti ki.

Memantin kezelés javasolt¹:

- Alzheimer-kórban és jelentős Alzheimeres komponenssel bíró kevert demenciában, ha a diagnózis megállapítására kellő biztonsággal, Demencia Centrumban került sor, vagy szisztematikus átvizsgálást igazoló betegdokumentáció alapján e diagnózis(ok) felállítható(ak).
- a kognitív hanyatlás súlyos stádiuma (MMSE \leq 10) állapítható meg;
- közepesen súlyos Alzheimer betegségben (MMSE 18-11 között) AChEI kezelés kiegészítésére, vagy AChEI kezelés helyett, ha az AChEI kezelés korábban hatástalan volt, vagy mellékhatás miatt szakadt meg.
- a rendszeres, folyamatos gyógyszeresedés biztosítható.

3.1.) *Ellenjavallatok:*

Az AChEI kezelés kolinerg tónust fokozó hatásai miatt különös óvatossággal mérlegelendő obstruktív tüdőbetegségek, pitvar-kamrai vezetési zavarok, gyomor- ill. nyombél-fekély betegség fennállása esetén. Az egyes gyógyszeres specialitások alkalmazási előiratában szereplő ellenjavallatokon felül, nem javasolt sem AChEI, sem memantin kezelés indítása vagy folytatása, ha

- a folyamatos gyógyszeresedés nem biztosított;
- a beteg az adott készítményt rosszul tolerálja és donepezilből legalább 5, rivastigminből legalább 6, memantinból legalább 10 mg/ nap dózissal nem lehet eljutni.
- Korábban próbált AChEI, ill. memantin kezelés hatástalanság miatt megszakadt.

3.2.) *Lehetséges jelentős interakciók*

A gyógyszeres specialitások interakcióit, a más gyógyszerek hatását gyengítő, fokozó vagy megváltoztató hatásait e készítmények alkalmazási előiratai tartalmazzák, melyek naprakész frissítéséért az előállító polgári jogi felelősséget visel. Ezekből kiemeljük az AChEI kezelésnek a szukcinil-kolin izomrelaxáló hatását megnyújtó és a nem-szteroid gyulladásgátlók ulcerogén hatásának fokozását. Különös óvatosság és urológiai konzultáció javasolt akkor, ha prosztata-túltengés miatt nehezített vizeletürítésű betegnél kerül AChEI kezelés beállításra, különösen, ha a mikció könnyítésére a beteg antikolinerg medikációban (pl. Ubretid[®]) részesül. Az antidementia szerként törzskönyvezett hatóanyagok főbb mellékhatásait és interakcióit a 3.9. melléklet tartalmazza.

4. Kiegészítő /alternatív gyógyszeres kezelés

A kolinészteráz-gátló szerek mellett vagy alternatív (emlékezet, tanulás javítása) a jelenleg rendelkezésre álló repertoár módszeres alkalmazása javasolt. Adhatók nootrop hatású szerek (piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, nicergolin). Előnyben részesítendőek, illetve elsőnek

választandóak azok a hatóanyagok, melyek igazoltan hatásosabbak a placebónál (ginkgo, nicergolin, piracetam)^{M1+B}. Ha 3-4 hónap elteltével nincs hatás, az adott szert ezzel az indikációval tovább adni céltalan. Ekkor érdemes a fenti választék más tagjához folyamodni. A kezelés hatékonyságáról megbízható ítéletet csak akkor lehet mondani, ha kellő ideig (l. fent) és kellő napi adagban szedte az illető molekulát tartalmazó szert a páciens. Az agyi perfúziót befolyásoló (értágító ill. antihipertenzív) szerek kombinálását (pl. nicergolin és α_1 receptor blokkoló antihipertenzívum) a polipragmázia és az interakciók veszélye miatt kerülni kell. Progressziólassítás, mint javallat, jelenleg az Alzheimer-kór tiszta vagy egyéb (például vascularis) betegségekkel kevert formája esetén merül fel. Ilyen megfontolásból adhatók a selegilin és/vagy E-vitamin hatóanyagú készítmények. E szerek progressziót lassító hatását a közölt vizsgálatok összessége nem támasztja alá^{M1-} [68, 69]. Vizsgálatok folynak gyulladásgátlók, ösztrogén és egyéb hormonok vonatkozásában, ezeknek az eredményei, ill. haszon-kockázat értékeléseik ellentmondásosak, ezért jelenleg a demenciában szenvedők kezelésére és profilaxisára e szerek egyéb indikációk nélkül nem ajánlhatók^{M1+} [70-73].

A nem-kognitív tünetek kezelése

Az organikus szenzoros károsodásokat (szemüveg, nagyothalló készülék) korrigálni szükséges^G.

A deliriumot, akár demenciához társul, akár más betegséghez, fekvőbetegellátó intézményben szükséges kezelni, az azt előidéző kóroki tényező szerinti profilú osztályon^G.

A demenciához társuló delirium okai között először a kiszáradást és a lázat (pl. húgyuti infekció) kell kizárni, ill. rendezni, majd a farmakogén tényezőket (túlzott vérnyomáscsökkentés, antikolinerg mellékhatású szerek, polipragmázia, szedatívumok, interakciók) kiküszöbölni. Az e lépések után is fennmaradó deliriumot általában óvatosan adagolt antipszichotikumokkal indokolt kezelni, kivéve, ha annak oka szedatohipnotikum (alkohol) megvonás lehet^A. Utóbbi esetben szubsztitúciós kezelés fokozatos elvonással választandó^D.

A demenciához társuló pszichotikus állapotok gyógyszeres kezelésekor figyelembe kell venni az idős korban gyakoribb, és súlyosabb extrapiramidális hatásokat. Parkinsonos tüneteket mutató betegnél alacsony adagban clozapin vagy egyéb, atípusos antipszichotikum javasolható^{R1+B}, de tekintettel kell lenni e szerek antikolinerg és ortosztatikus hipotenziót okozó mellékhatásaira is, melyek a kognitív teljesítményt ronthatják és traumákhoz vezethetnek [74]. Amennyiben az extrapiramidális mellékhatások tolerálhatóak, alacsony adagban haloperidol (0,5-2 mg/die), vagy risperidon (0,25-1,5 mg/die) adását lehet irodalmi evidenciákkal leginkább alátámasztani^{M1+B} [46, 75]. Akut, veszélyeztető agitációs állapotok esetén szükség lehet rövid távú parenterális neuroleptizálásra, de a kockázatokat és mellékhatásokat ilyenkor is az életkornak és polimorbiditásnak megfelelően szükséges mérlegelni.

A demens betegek depressziós tüneteit gyakran az alulstimuláló környezet változtatásával látványosan lehet javítani^{G[43] D}. Az életvitel, napi aktivitás elemzése és annak megbeszélése a gondviselővel meg kell, hogy előzze a gyógyszeres terápiát.

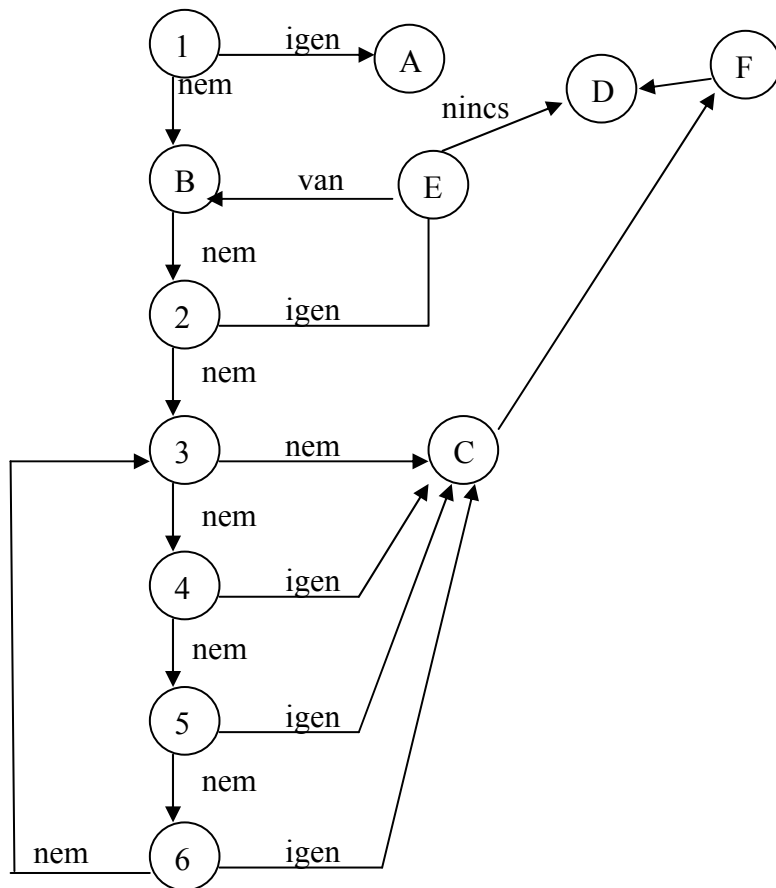
Bár a demens betegeken végzett vizsgálatok összesítései csak feltételesen igazolták az antidepresszívumok placebónál erősebb hatásosságát a depressziós tünetek ellen, egy-két szelektív szerotonin visszavétel gátló hatóanyag vagy reverzibilis monoaminoxidáz gátló kipróbálása (ha a compliance megfelelő, 3 hónap után értékelve a globális impresszió változását) indokolt és javasolt^{G[43] D}.

A kezelés alapelveit és gyakorlatát illetően részben a honi szakmai grémiumok javaslataira, illetve a depresszió, pszichózisok és delirium kezelésére kiadandó szakmai protokollekre utalunk [76].

5. Terápiás algoritmusok

- I. Reverzibilis demencia Oki kezelés
- II. Demencia Pick, Huntington, Creutzfeldt-Jakob betegségben: Palliatív kezelés
- III. Demencia HIV betegségben? Antiretrovirális kezelés
- IV. Normál nyomású hydrocephalus? Shunt implantáció
- V. Alzheimer betegség és vaszkuláris demenciaformák tiszta és kevert esetei (F00xx-F01xx)
 - 1. Társuló szomatikus betegségek kezelése (hipertónia, koleszterin, vércukor, ISZB, stb.)
 - 2. Kogníciójavító és progresszió lassító kezelés
 - 3. Pszichiátriai és viselkedésbeli tünetek pszichiátriai kezelése (szocio-pszichoterápia és farmakoterápia)
 - 4. A gondviselő(k) pszichés vezetése

Ad, V/2:



Szövegek a betűkkel jelölt blokkokba:

- A. Trombózis-profilaxis (ASA/ticlopidin/antikoaguláns) és nicergolin, ill. Gingko készítmény.
- B. Igazoltan a placebónál kedvezőbb hatású szer javaslata
- C. Nem erős hatású, vény nélkül is beszerezhető neuroprotektív szert javasolni (vitaminok, Ginkgo biloba)
- D. Egyéb nootróp szert választani
- E. Egyéb igazoltan hatásos szer
- F. A hozzátartozó kevesli a hatást és további gyógyszerelési kísérleteket akar

Szövegek a számokkal jelölt blokkokba:

1. Vaszkuláris kórok vagy jelentős vaszkuláris komponens (MRI alapján)
2. Jelentős ellenjavallat?
3. Folyamatos és kontrollált szedés biztosított?
4. A gondviselő a készítmény alkalmazásával kapcsolatos költségeit a várható haszonnál nagyobbak ítéli (eleve vagy a tapasztalatok fényében) ?
5. Mellékhatás miatt nem bírja szedni, vagy a terápiás adag nem érhető el.
6. Egy éven belül MMSE csökkenés >4 pont.

III/3. Műtét

Műtéti kezeléssel az agyállomány dekompresszióját, ill. normál nyomású hydrocephalus esetén az agyfolyadék keringésének helyreállítását lehet elérni. Jelenleg nincs értékelhető bizonyíték a beavatkozások hatásosságára vonatkozóan^{M2-} [77]. A tapasztalat szerint a sikeres dekompressziós műtétek (pl. subduralis hygromák evacuatiója, tumor-resectio) gyakran látványos kognitív javulást eredményeznek, a shuntöléstől progresszió-lassítást lehet várni^{A D}.

IV. Rehabilitáció

A demencia reverzibilis formáiban van remény a tünetek részleges vagy teljes megszűnésére. Ezekben az esetekben az elérhető egyéni vagy csoportos rehabilitációs programokról, intézményekről és a rehabilitáció hatásainak követéséről a komplex neuropszichiátriai állapotfelmérést végző demencia központ szakorvosai, vagy szakpszichológusai nyújtanak tájékoztatást, illetve tesznek javaslatot.

IV. Gondozás

1. Gondozás

A demens beteg gondozását a gondviselő végzi, aki a beteg fizikai, egészségügyi szükségleteit is biztosítani hivatott a beteg helyett. A betegség előrehaladásával a gondozás 24 órás felügyeletet tesz szükségessé. A beteg otthoni szociális gondozásához a települési önkormányzat illetékes intézményei, ápolásához a házi orvosokon keresztül a házi ápolási szolgálat nyújthat segítséget. A gondviselő időszakos jelleggel az önkormányzati üzemeltetésű ápolási otthonok vagy krízishelyzetben a területileg illetékes fekvőintézmények kapacitását is igénybe veheti az oda beutalni jogosultak egyetértésével. A demens betegek állapotának, ellátási szükségleteinek követése a házi orvos feladata. E feladatának ellátásához a demencia központok szakmai támogatására számíthat^H.

2. Rendszeres ellenőrzés

A demens betegek rendszeres ellenőrzése a betegek előrehaladott életkora miatt gyakori egyéb betegségek miatt az alapellátás feladatkörébe tartozik. A házi orvos a gondviselővel rendszeres és eseti kommunikációt folytat, és szükség esetén saját életterében látogatja a demens beteget, így környezettanulmányt is módja van folytatni és igény szerint a házi ápolást is elrendeli, felügyeli. A demencia központok a demencia és az azzal szövődő neurológiai és pszichiátriai tünetek ellenőrzését, a célszerű terápia és a diagnózis folyamatos felülvizsgálatát végzik. A kizárólag neurológus, pszichiáter illetve Demencia Centrum szakorvosa által történő rendelés vagy javaslat alapján támogatott, vagy fokozottan támogatott és a beteg számára szükséges hatóanyagokat, gyógyszerkészítményeket, ápolási eszközöket javasolják, illetve szükség szerint

rendelik a beteg részére^H. Amennyiben az protokollek szerinti alapossggal átvizsgált és kóriszmézett demencia során új neuropszichiátriai ill. magatartási tünet nem lép fel, illetve a meglévők csak mérsékeltén és fokozatosan súlyosbodnak, a Demencia Centrumok a demens beteg hozzátartozója, illetve háziorsosa részére 3-6 hónap elteltével javasolnak ismételt ellenőrzést ugyanott. Ennél hamarabb kerül sor ismételt vizsgálatra, ha azt az állapotváltozás, a gyógyszeres kezelés mellékhatásai, hatástalansága, társuló betegség vagy szövödmény indokolja.

Minden egyes kontroll alkalmával mérlegelni kell^G:

- a szuicidium veszélyét
- az agresszív viselkedést
- az elkóborlás lehetőségét
- az elesés, elszédülés veszélyét
- a delirium kialakulásának esélyét
- az ápolással kapcsolatos abúzus vagy elhanyagolás lehetőségét

3. Megelőzés

A demencia szindróma legjelentősebb kockázati tényezője az életkor. A magas kort megélő emberek abszolút és relatív számának gyarapodásával a demencia prevalenciája és incidenciája is exponenciálisan nő [8]. Az egészségpolitika célja az lehet, hogy a demencia kialakulását minél idősebb életkor felé tolja el.

A demencia primer és szekunder prevenciója fontos népegészségügyi és társadalompolitikai célkitűzés, melynek számos módja van. Epidemiológiailag igazolt, hogy a demencia gyakoribb az alacsonyabban iskolázott, rosszabb szocioökonómiai státuszú egyénekben [22, 78-82]. A rendszeres agytorna („brain jogging”) a demencia primer és szekunder prevenciójának hatékony és olcsó eszköze^{K2++C} [34, 39, 40, 83]. A társadalom iskolázottsági szintjének emelése, az élethosszig tanulás (lifelong learning), a nyugdíjasok egyetemei, a stimuláló szociális környezet (helyi kisközösségek) felkarolása által, közvetve az aggkori szellemi hanyatlás elodázását is szolgálja.

Több független multicentrikus vizsgálat egybehangzó megállapítása volt, hogy az Alzheimer típusú és vaszkuláris demenciák kockázati tényezői nagymértékben átfednek a kardiovaszkuláris kockázati tényezőkkel^{K2+} (magas vérnyomás, LDL-koleszterin), ezért valószínűsíthető, hogy az egészséges életmód támogatása és a hatékony alapellátás az időskori demenciák jelentkezését is elodázza [9, 10, 84-86].

Számos monogénes öröklődésű génhiba ismert, mely demenciát okoz, ezek közül hazánkban a Huntington korea és a Wilson kór előfordulásával kell a gyakorlatban számolni. Szűrésük csak az érintett rokonságon belül vetődik fel, és speciális esetekben, genetikai tanácsadással, prenatális diagnózissal meg lehet előzni a kóros allélú magzat megszületését, mindenesetre a génhibák prevalenciája a magyar populációban csekély. A genetikai tanácsadást nehezíti továbbá, hogy a Huntington korea öröklődése nem-mendeli, és a szörnyű kilátású betegség hordozásának tudata jelentős lelki terheket ró a leendő betegre. A Wilson kórban jelentkező demencia olcsó és hatékony kezeléssel megelőzhető, itt a szekunder prevenció kézenfekvőbb.

Más alapbetegségek tüneteként (pl. HIV-fertőzés, paraneopláziák, sclerosis multiplex, alkoholizmus, stb.) jelentkező demenciák kockázatát az oki tényezőkön keresztül lehet befolyásolni.

4. Lehetséges szövödmények

4.1.) *A szövödmények kezelése*

A demencia szindrómához bármelyik olyan betegség társulhat, mely a beteg (többnyire idős) életkorában előfordulhat. A szekunder demenciák az oki tényező egyéb szerveket érintő

manifesztációival szövődhetnek (pl. vaszkuláris demencia → nyelészavar → bronchopneumonia, alkoholos demencia – májsugor → nyelőcsővérzés, stb.) A demencia az életkilátásokat nagymértékben rövidíti, de megfelelő ápolás mellett más szervet érintő specifikus szövődménye nincs.

A demencia specifikusnak tekinthető szövődményei a társuló delirium, depresszió, hallucinációk, téveszmék és magatartási zavarok, melyek speciális ismereteket, gyakorlatot és intézményi feltételeket igényelnek^G. Ezen pszichiátriai szövődmények kezelésére a gondviselők, házi orvosok, Demencia Centrumok, a pszichiátriai, neurológiai, ápolási és egyéb fekvőosztályok és az elme-szociális otthonok szakdolgozói vehetők igénybe^H.

További gyakori szövődmény a gondviselő „kiegése”, melynek prevenciója, észlelése és kezelése is feladata a laikus társadalomnak és a demens beteget kezelő egészségügyi intézmények munkatársainak^{G,1}.

5. A kezelés várható időtartama / Prognózis

A szekunder demenciák prognózisa az alapbetegségéhez kapcsolódik. Részleges vagy teljes restitúciót azokban az esetekben lehet várni, ahol az agyállomány károsodása nem vagy csekély mértékben következik be, illetve fokális agyi léziókat követően (pl. trauma, resectált agytumor, stroke), ha a kiesett agyrészek funkcióját más területek pótolni tudják. Utóbbira elsősorban fiatalabb életkorban van reális esély^D. Ilyen esetekben azonban a demencia ritkán kerül megállapításra, még ha a diagnosztikus kritériumok fenn is állnak.

A primer demenciák prognózisáról csak külföldi vizsgálatok állnak rendelkezésre. Ezek szerint az Alzheimer típusú és vaszkuláris demenciák túlélése az azonos korú populációénál lényegesen rövidebb [23-26, 87-89]. Ezek a demenciák nem gyógyulnak, ill. nem gyógyíthatóak. Az Alzheimer betegségre a szigorúan monoton, folyamatos progressziót, a vaszkuláris demenciára az iktális progressziót, a hirtelen romlás között esetleg kisfokú funkcionális javulást vagy stagnálást tartjuk jellemzőnek. Ezen különbségeket a kórlefolyásban a Hachinski-féle iszkémiás becslőskála hivatott értékelni, mindazonáltal e jelek és a kórisme kapcsolata a korszerű agyi képalkotó módszerek alkalmazásával nem bizonyult szorosnak [90].

A vaszkuláris és Alzheimer típusú demenciák kezelése a tünetek észlelését követően élethossziglani. A betegség lefolyása az önellátástól és önrendelkezéstől az önellátás és önrendelés teljes képtelenségéig vezet. A társuló időskori halálokok nagy esélye miatt a demenseknek csak kisebbik része járja végig a betegség összes szakaszát. Társuló halálos betegségek nélkül a korai stádiumában megállpított Alzheimer betegség várható fennállási időtartama 5-8(-10) évre, a vaszkuláris demenciáé adekvát szekunder és terciér prevenció mellett ennél is hosszabb időtartamúra tehető [23, 25, 26, 91]}. A várható életkor növekedésével a primer demenciák fennállásának időtartama is növekedni fog.

6. Az ellátás megfelelőségének indikátorai

Számos indikátor képezhető, melyek az ellátás szakmai színvonalát, kül- és belterjes voltát mérik, de ezek az ellátás globális céljával (az ellátottak életminősége /elégedettsége) nem szükségszerűen korrelálnak.

Első kipróbálásra javasoljuk az alábbi indikátorokat vizsgálni:

1. A részletesen átvizsgált, újonnan észlelt demens betegek száma (fő/év/10.000 lakos)
2. A „nem meghatározott demencia (F03H0)” aránya az összes demenciák között (%)
3. Acetilcolin-észteráz gátló kezelésben részesülő betegek aránya az összes Alzheimer kóros beteghez képest (%)
4. Kognitív rehabilitációban részesülő betegek a munkaképes korú „demencia máshol osztályozott betegségben (F0280)” és „Vaszkuláris demencia akut kezdettel (F0100)” diagnózisú demens betegek között (%)

5. Nem elme-szociális otthonba utalt (otthon ápoló) vagy oda várólistán lévő gondnokoltak aránya az 1 évnél régebben diagnosztizált demens betegek között (%).
6. Mortalitás demens betegeket ellátó fekvőosztályon (eset/1000 ápolási nap)

VI. Irodalomjegyzék

1. Tariska, P., Bereczki, D., Degrell, I., Janka, Z. és Karsay, K.: *Ajánlás demenciák kivizsgálására és gyógykezelésére*. Psych. Hung., 2002. **17**; 202-223.
2. Palmer, C.: *Evidence-base briefing: Dementia. A compilation of secondary research evidence, guidelines and consensus statements*. 1999, London: Gaskell - Royal College of Psychiatrists. 1-90.
3. TUDOR Munkacsoport: *Az egészségügyi, szociális és családügyi minisztérium szakmai protokolle a bizonyítékokon alapuló szakmai protokollek fejlesztéséhez*. Egészségügyi Közlöny, 2004. **56**; 699-745.
4. American Psychiatric Association: *Diagnostic Dtatistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR)*. 2000, Washington DC: American Psychiatric Association.
5. World Health Organization: *International Classification of Diseases -10th revision (ICD-10)*. 1992, Geneva: World Health Organization.
6. Füredi, J., Németh, A. és Tariska, P.: *A pszichiátria magyar kézikönyve*. 3. kiad. 2003, Budapest: Medicina.
7. Szirmai, I.: *Neurológia*. 2000, Budapest: Medicina.
8. Katzman, R. és Karias, C.: *The epidemiology of dementia and Alzheimer disease, in Alzheimer disease*, Terry, R.D., Katzman, R. és Bick, K.L. Szerk. 1994, Raven Press: New York. 105-122.
9. van Dijk, E.J., Breteler, M.M., Schmidt, R., Berger, K., Nilsson, L.G., Oudkerk, M., Pajak, A., Sans, S., de Ridder, M., Dufouil, C., Fuhrer, R., Giampaoli, S., Launer, L.J. és Hofman, A.: *The association between blood pressure, hypertension, and cerebral white matter lesions: Cardiovascular determinants of dementia study*. Hypertension, 2004. **44**; 625-30.
10. Forette, F., Seux, M.L., Staessen, J.A., Thijs, L., Babarskiene, M.R., Babeanu, S., Bossini, A., Fagard, R., Gil-Extremera, B., Laks, T., Kopalava, Z., Sarti, C., Tuomilehto, J., Vanhanen, H., Webster, J., Yodfat, Y. és Birkenhager, W.H.: *The prevention of dementia with antihypertensive treatment: New evidence from the systolic hypertension in Europe (SYST-EUR) study*. Arch Intern Med, 2002. **162**; 2046-52.
11. Bignall, J.: *ApoE gene dose in Alzheimer's disease*. Lancet, 1993. **342**; 426.
12. Saunders, A.M., Strittmatter, W.J., Schmechel, D., George-Hyslop, P.H., Pericak-Vance, M.A., Joo, S.H., Rosi, B.L., Gusella, J.F., Crapper-MacLachlan, D.R., Alberts, M.J. és mtsai.: *Association of apolipoprotein e allele epsilon 4 with late-onset familial and sporadic Alzheimer's disease*. Neurology, 1993. **43**; 1467-72.
13. Khachaturian, A.S., Corcoran, C.D., Mayer, L.S., Zandi, P.P. és Breitner, J.C.: *Apolipoprotein e epsilon4 count affects age at onset of Alzheimer disease, but not lifetime susceptibility: The Cache county study*. Arch Gen Psychiatry, 2004. **61**; 518-24.
14. Qiu, C., Kivipelto, M., Aguero-Torres, H., Winblad, B. és Fratiglioni, L.: *Risk and protective effects of the apoE gene towards Alzheimer's disease in the Kungsholmen project: Variation by age and sex*. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2004. **75**; 828-33.
15. Fratiglioni, L., Launer, L.J., Andersen, K., Breteler, M.M., Copeland, J.R., Dartigues, J.F., Lobo, A., Martinez-Lage, J., Soininen, H. és Hofman, A.: *Incidence of dementia and major subtypes in europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group*. Neurology, 2000. **54**; S10-5.

16. Sipos, I., Csontos, J., Kerchner, C., Rimaszékí, Z., Csikós, M. és Degrell, I.: *A demencia epidemiológiai vizsgálata Nagyhegyes községben.* in *Magyar Gerontológiai Társaság Vándorgyűlése.* 1990. Debrecen.
17. Szatmari, S., Fekete, I., Csiba, L., Kollar, J., Sikula, J. és Bereczki, D.: *Screening of vascular cognitive impairment on a Hungarian cohort.* *Psychiatry Clin Neurosci*, 1999. **53**; 39-43.
18. Ott, A., Breteler, M.M., van Harskamp, F., Stijnen, T. és Hofman, A.: *Incidence and risk of dementia. The Rotterdam study.* *Am J Epidemiol*, 1998. **147**; 574-80.
19. Riedel-Heller, S.G., Busse, A., Aurich, C., Matschinger, H. és Angermeyer, M.C.: *Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: Results of the Leipzig longitudinal study of the aged (LEILA75+) part 1.* *Br J Psychiatry*, 2001. **179**; 250-4.
20. Bachman, D.L., Wolf, P.A., Linn, R.T., Knoefel, J.E., Cobb, J.L., Belanger, A.J., White, L.R. és D'Agostino, R.B.: *Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: The Framingham study.* *Neurology*, 1993. **43**; 515-9.
21. Fratiglioni, L., De Ronchi, D. és Aguero-Torres, H.: *Worldwide prevalence and incidence of dementia.* *Drugs Aging*, 1999. **15**; 365-75.
22. Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L.A., Brayne, C., Copeland, J.R., Dartigues, J.F., Kragh-Sorensen, P., Lobo, A., Martinez-Lage, J.M., Stijnen, T. és Hofman, A.: *Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from eurodem pooled analyses. EuroDem incidence research group and work groups. European studies of dementia.* *Neurology*, 1999. **52**; 78-84.
23. Bonaiuto, S., Mele, M., Galluzzo, L. és Giannandrea, E.: *Survival and dementia: A 7-year follow-up of an Italian elderly population.* *Arch Gerontol Geriatr*, 1995. **20**; 105-13.
24. Koopmans, R.T., Ekkerink, J.L. és van Weel, C.: *Survival to late dementia in Dutch nursing home patients.* *J Am Geriatr Soc*, 2003. **51**; 184-7.
25. Larson, E.B., Shadlen, M.F., Wang, L., McCormick, W.C., Bowen, J.D., Teri, L. és Kukull, W.A.: *Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease.* *Ann Intern Med*, 2004. **140**; 501-9.
26. Wolfson, C., Wolfson, D.B., Asgharian, M., M'LAN, C.E., Ostbye, T., Rockwood, K. és Hogan, D.B.: *A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia.* *N Engl J Med*, 2001. **344**; 1111-6.
27. Kalman, J., Boda, K., Bende, Z. és Janka, Z.: *7 perces teszt a demencia szűrésére.* *Orv Hetil*, 2003. **144**; 1929-38.
28. Rapp, M.A., Rieckmann, N., Gutzmann, H. és Folstein, M.F.: *Micro-mental Test - ein Kurzverfahren für Untersuchung von Demenzsymptomen.* *Nervenarzt*, 2002. **73**; 839-44.
29. Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L. és DeKosky, S.T.: *Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.* *Neurology*, 2001. **56**; 1133-42.
30. Knopman, D.S., DeKosky, S.T., Cummings, J.L., Chui, H., Corey-Bloom, J., Relkin, N., Small, G.W., Miller, B., és Stevens, J.C.: *Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.* *Neurology*, 2001. **56**; 1143-53.
31. Nemes, Z.: *Az agy-gerincvelői folyadék amyloid β és τ protein tartalma a demenciák diagnózisában.* *Psych. Hung*, 2003. **18**; 132-146.
32. Silverman, D.H., Gambhir, S.S., Huang, H.W., Schwimmer, J., Kim, S., Small, G.W., Chodosh, J., Czernin, J. és Phelps, M.E.: *Evaluating early dementia with and without assessment of regional cerebral metabolism by PET: A comparison of predicted costs and benefits.* *J Nucl Med*, 2002. **43**; 253-66.
33. Chong, M.S., és Sahadevan, S.: *Preclinical Alzheimer's disease: Diagnosis and prediction of progression.* *Lancet Neurol*, 2005. **4**; 576-9.

34. Clare, L., Woods, R.T., Moniz Cook, E.D., Orrell, M. és Spector, A.: *Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD003260.
35. Lincoln, N.B., Majid, M.J. és Weyman, N.: *Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD002842.
36. Thorgrimsen, L., Spector, A., Wiles, A. és Orrell, M.: *Aroma therapy for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD003150.
37. Vink, A.C., Birks, J.S., Bruinsma, M.S. és Scholten, R.J.: *Music therapy for people with dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2004; CD003477.
38. Spector, A., Orrell, M., Davies, S. és Woods, B.: *Reality orientation for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD001119.
39. Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. és Orrell, M.: *Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial*. Br J Psychiatry, 2003. **183**; 248-54.
40. Wilson, R.S., Mendes De Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A. és Bennett, D.A.: *Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease*. Jama, 2002. **287**; 742-8.
41. Spector, A., Davies, S., Woods, B. és Orrell, M.: *Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials*. Gerontologist, 2000. **40**; 206-12.
42. Spector, A., Orrell, M., Davies, S. és Woods, R.T.: *Reminiscence therapy for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD001120.
43. Doody, R.S., Stevens, J.C., Beck, C., Dubinsky, R.M., Kaye, J.A., Gwyther, L., Mohs, R.C., Thal, L.J., Whitehouse, P.J., DeKosky, S.T. és Cummings, J.L.: *Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*. Neurology, 2001. **56**; 1154-66.
44. Verghese, J., Lipton, R.B., Katz, M.J., Hall, C.B., Derby, C.A., Kuslansky, G., Ambrose, A.F., Sliwinski, M. és Buschke, H.: *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly*. N Engl J Med, 2003. **348**; 2508-16.
45. Montgomery, P. és Dennis, J.: *Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003404.
46. Lonergan, E., Luxenberg, J. és Colford, J.: *Haloperidol for agitation in dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD002852.
47. Bains, J., Birks, J.S. és Denning, T.R.: *The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003944.
48. Birks, J., Grimley Evans, J., Iakovidou, V. és Tsolaki, M.: *Rivastigmine for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD001191.
49. Birks, J.S. és Harvey, R.: *Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD001190.
50. Loy, C. és Schneider, L.: *Galantamine for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2004; CD001747.
51. Areosa, S.A., Sherriff, F. és McShane, R.: *Memantine for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2005; CD003154.
52. Erkinjuntti, T., Kurz, A., Gauthier, S., Bullock, R., Lilienfeld, S. és Damaraju, C.V.: *Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: A randomised trial*. Lancet, 2002. **359**; 1283-90.
53. Malouf, R., és Birks, J.: *Donepezil for vascular cognitive impairment*. Cochrane Database Syst Rev, 2004; CD004395.
54. Emre, M., Aarsland, D., Albanese, A., Byrne, E.J., Deuschl, G., De Deyn, P.P., Durif, F., Kulisevsky, J., van Laar, T., Lees, A., Poewe, W., Robillard, A., Rosa, M.M., Wolters, E.,

- Quarg, P., Tekin, S. és Lane, R.: *Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease*. N Engl J Med, 2004. **351**; 2509-18.
55. Olin, J., Schneider, L., Novit, A. és Luczak, S.: *Hydergine for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2001; CD000359.
 56. Fioravanti, M. és Flicker, L.: *Efficacy of nicergoline in dementia and other age associated forms of cognitive impairment*. Cochrane Database Syst Rev, 2001; CD003159.
 57. Birks, J., Grimley, E.V. és Van Dongen, M.: *Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003120.
 58. Frampton, M., Harvey, R.J. és Kirchner, V.: *Propentofylline for dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD002853.
 59. Waegemans, T., Wilsher, C.R., Danniau, A., Ferris, S.H., Kurz, A. és Winblad, B.: *Clinical efficacy of piracetam in cognitive impairment: A meta-analysis*. Dement Geriatr Cogn Disord, 2002. **13**; 217-24.
 60. Lopez-Arrieta, J.M. és Birks, J.: *Nimodipine for primary degenerative, mixed and vascular dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD000147.
 61. Courtney, C., Farrell, D., Gray, R., Hills, R., Lynch, L., Sellwood, E., Edwards, S., Hardyman, W., Raftery, J., Crome, P., Lendon, C., Shaw, H. és Bentham, P.: *Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): Randomised double-blind trial*. Lancet, 2004. **363**; 2105-15.
 62. Livingston, G. és Katona, C.: *How useful are cholinesterase inhibitors in the treatment of Alzheimer's disease? A number needed to treat analysis*. Int J Geriatr Psychiatry, 2000. **15**; 203-7.
 63. Livingston, G. és Katona, C.: *The place of memantine in the treatment of Alzheimer's disease: A number needed to treat analysis*. Int J Geriatr Psychiatry, 2004. **19**; 919-25.
 64. Farlow, M., Potkin, S., Koumaras, B., Veach, J. és Mirski, D.: *Analysis of outcome in retrieved dropout patients in a rivastigmine vs placebo, 26-week, Alzheimer disease trial*. Arch Neurol, 2003. **60**; 843-8.
 65. Reisberg, B., Doody, R., Stoffler, A., Schmitt, F., Ferris, S. és Mobius, H.J.: *Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease*. N Engl J Med, 2003. **348**; 1333-41.
 66. Winblad, B. és Poritis, N.: *Memantine in severe dementia: Results of the 9m-best study (benefit and efficacy in severely demented patients during treatment with memantine)*. Int J Geriatr Psychiatry, 1999. **14**; 135-46.
 67. Tariot, P.N., Farlow, M.R., Grossberg, G.T., Graham, S.M., McDonald, S. és Gergel, I.: *Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: A randomized controlled trial*. Jama, 2004. **291**; 317-24.
 68. Birks, J. és Flicker, L.: *Selegiline for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD000442.
 69. Tabet, N., Birks, J. és Grimley Evans, J.: *Vitamin E for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2000; CD002854.
 70. Hogervorst, E., Yaffe, K., Richards, M. és Huppert, F.: *Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003122.
 71. Hogervorst, E., Yaffe, K., Richards, M. és Huppert, F.: *Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003799.
 72. Tabet, N. és Feldman, H.: *Indomethacin for the treatment of Alzheimer's disease patients*. Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003673.
 73. Tabet, N. és Feldmand, H.: *Ibuprofen for Alzheimer's disease*. Cochrane Database Syst Rev, 2003; CD004031.

74. Street, J.S., Clark, W.S., Gannon, K.S., Cummings, J.L., Bymaster, F.P., Tamura, R.N., Mitan, S.J., Kadam, D.L., Sanger, T.M., Feldman, P.D., Tollefson, G.D. és Breier, A.: *Olanzapine treatment of psychotic and behavioral symptoms in patients with Alzheimer disease in nursing care facilities: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial. The HGEU study group.* Arch Gen Psychiatry, 2000. **57**; 968-76.
75. Brodaty, H., Ames, D., Snowden, J., Woodward, M., Kirwan, J., Clarnette, R., Lee, E., Lyons, B. és Grossman, F.: *A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia.* J Clin Psychiatry, 2003. **64**; 134-43.
76. Útmutató: *Klinikai protokollek összefoglalója 2003/1.* 2003, Budapest: Medition Kft.
77. Esmonde, T. és Cooke, S.: *Shunting for normal pressure hydrocephalus (NPH).* Cochrane Database Syst Rev, 2002; CD003157.
78. Anttila, T., Helkala, E.L., Kivipelto, M., Hallikainen, M., Alhainen, K., Heinonen, H., Mannermaa, A., Tuomilehto, J., Soininen, H. és Nissinen, A.: *Midlife income, occupation, apoe status, and dementia: A population-based study.* Neurology, 2002. **59**; 887-93.
79. Bonaiuto, S., Rocca, W.A., Lippi, A., Giannandrea, E., Mele, M., Cavarzeran, F. és Amaducci, L.: *Education and occupation as risk factors for dementia: A population-based case-control study.* Neuroepidemiology, 1995. **14**; 101-9.
80. Dartigues, J.F., Gagnon, M., Mazaux, J.M., Barberger-Gateau, P., Commenges, D., Letenneur, L. és Orgogozo, J.M.: *Occupation during life and memory performance in nondemented French elderly community residents.* Neurology, 1992. **42**; 1697-701.
81. Evans, D.A., Hebert, L.E., Beckett, L.A., Scherr, P.A., Albert, M.S., Chown, M.J., Pilgrim, D.M. és Taylor, J.O.: *Education and other measures of socioeconomic status and risk of incident Alzheimer disease in a defined population of older persons.* Arch Neurol, 1997. **54**; 1399-405.
82. Stern, Y., Gurland, B., Tatemichi, T.K., Tang, M.X., Wilder, D. és Mayeux, R.: *Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease.* Jama, 1994. **271**; 1004-10.
83. Friedland, R.P., Fritsch, T., Smyth, K.A., Koss, E., Lerner, A.J., Chen, C.H., Petot, G.J. és Debanne, S.M.: *Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with healthy control-group members.* Proc Natl Acad Sci U S A, 2001. **98**; 3440-5.
84. Xu, W.L., Qiu, C.X., Wahlin, A., Winblad, B. és Fratiglioni, L.: *Diabetes mellitus and risk of dementia in the Kungsholmen project: A 6-year follow-up study.* Neurology, 2004. **63**; 1181-6.
85. Wright, C.B., Lee, H.S., Paik, M.C., Stabler, S.P., Allen, R.H. és Sacco, R.L.: *Total homocysteine and cognition in a tri-ethnic cohort: The Northern Manhattan study.* Neurology, 2004. **63**; 254-60.
86. Kivipelto, M., Helkala, E.L., Laakso, M.P., Hanninen, T., Hallikainen, M., Alhainen, K., Soininen, H., Tuomilehto, J. és Nissinen, A.: *Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: Longitudinal, population based study.* Bmj, 2001. **322**; 1447-51.
87. agger, C., Andersen, K., Breteler, M.M., Copeland, J.R., Helmer, C., Baldereschi, M., Fratiglioni, L., Lobo, A., Soininen, H., Hofman, A. és Launer, L.J.: *Prognosis with dementia in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group.* Neurology, 2000. **54**; S16-20.
88. Mitchell, S.L., Kiely, D.K., Hamel, M.B., Park, P.S., Morris, J.N. és Fries, B.E.: *Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia.* Jama, 2004. **291**; 2734-40.

89. Ruitenbergh, A., Kalmijn, S., de Ridder, M.A., Redekop, W.K., van Harskamp, F., Hofman, A., Launer, L.J. és Breteler, M.M.: *Prognosis of Alzheimer's disease: The Rotterdam study*. Neuroepidemiology, 2001. **20**; 188-95.
90. Chui, H.C., Mack, W., Jackson, J.E., Mungas, D., Reed, B.R., Tinklenberg, J., Chang, F.L., Skinner, K., Tasaki, C. és Jagust, W.J.: *Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: A multicenter study of comparability and interrater reliability*. Arch Neurol, 2000. **57**; 191-6.
91. Corey-Bloom, J.: *The natural history of Alzheimer's disease.*, in *Dementia*, O'Brien, J., Ames, D. és Burns, A., Szerk. 2000, Arnold: London. 405-15.

Kapcsolódó internetes oldalak

www.neuropat.dote.hu/dementia.htm
www.neuropszichiatria.sote.hu
<http://w3.enternet.hu/nyeki9/Demencia-centrumok.htm>
<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/038-013.htm>
www.clinicalevidence.com
<http://www.cochrane.org>
<http://www.aafp.org/afp/20020601/2263.html>
<http://www.aafp.org/afp/20020615/2525.html>
<http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1143.pdf>
<http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1133.pdf>
<http://www.neurology.org/cgi/reprint/54/12/2205.pdf>
http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/dementia_guideline.pdf
<http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0093.pdf>
http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_dementia_32701.cfm
http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/alzheimers_disease_qrg9402.pdf
<http://www.akdae.de/45/Demenz.pdf>
http://www.ctfphc.org/Abstracts/Cog_impair_abs.htm
http://www.ctfphc.org/Tables/Cog_impair_tab.htm
<http://www.dgn.org/fileadmin/leitl/demenzva.pdf>
<http://www.dgn.org/fileadmin/leitl/alzheime.pdf>
<http://www.dgn.org/fileadmin/leitl/pickdgn.htm>
http://www.health.nsw.gov.au/pubs/c/pdf/care_dementia_guide.pdf
<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign30.pdf>
<http://www.nice.org>

VII. Melléklet

1. Gyakori társbetegségek

Lásd 4.1 pont.

2. Érintett társszakmák

Házi orvos
 Neurológus
 Geriáter
 Belgyógyász
 Urológus
 Társadalomorvostan
 Neuropszichológus

Klinikai pszichológus
Pszichoterapeuta
Szociális munkás
Gyógytornász
Nővér/Ápoló

3.1. Melléklet

A demencia szindróma kritériumai a BNO-10 szerint*

A.

1. Az emlékezés zavara, mely megnyilvánulhat
 - a. Az új információk megértésének és megjegyzésének képtelenségében, és/vagy
 - b. A már megtanult ismeretek és képességek elvesztésében.
2. A gondolkodás zavara, mely megnyilvánulhat
 - a. A logikus gondolkodás és ítéletalkotás elvesztésében, és/vagy
 - b. A gondolkodás nagymértékű meglassulásában, és/vagy
 - c. Az információk feldolgozásának képtelenségében.
3. Az emocionális önszabályozás zavara, mely megnyilvánulhat
 - a. Diszfunkcionális szociális viselkedésben, és/vagy
 - b. Diszfunkcionális késztetésekből.

B. Az emlékezés és gondolkodás zavarai kellően súlyosak ahhoz, hogy a személy mindennapi életviteléhez szükséges tevékenységeket jelentősen akadályozzák.

C. Az A/1 és A/2 tünetek több, mint 6 hónapja jelen vannak

A fentiekén túlmenően, az Alzheimer-típusú demencia (Alzheimer betegség) állapítható meg, ha az átvizsgálás során nem merül fel olyan adat vagy lelet, mely arra utalna, hogy a demencia kialakulását egyéb betegség vagy idegrendszeri ártalom magyarázhatná.

A fentiekén túlmenően, vaszkuláris típusú demencia állapítható meg, ha

- A magasabb kognitív funkciók károsodásának mértéke jelentős egyenetlenségeket mutat, és
- Képző eljárásokkal gócos agyi károsodások igazolhatóak, és/vagy
- Az anamnézisben cerebrovaszkuláris betegség szerepel, továbbá a stroke-ok és a kognitív tünetek között jelentős időbeli egybeesés (a kognitív tünetek az infarktus után 3 hónapnál nem később jelentkeztek).

*(Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.: *ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber, 1993.)

3.2. Melléklet

A Mini-Mental teszt (MMSE)

ORIENTÁCIÓ

Milyen nap van ma?	_____	
Milyen évet írunk?	_____	5
Milyen hónapban járunk?	_____	
Hányadika van?	_____	
Melyik napja van a hétnek?	_____	
Milyen évszakban járunk?	_____	
Hol vagyunk most?	_____	
Milyen országban?	_____	5
Milyen városban?	_____	
Milyen megyében van ez a város?	_____	
Milyen intézményben vagyunk?	_____	
Hányadik emeleten vagyunk?	_____	

MEGJEGYZŐ EMLÉKEZÉS

Három szó megismétlése: CITROM, KULCS, LABDA	_____	3
Kísérletek száma:		

FIGYELEM ÉS SZÁMOLÁS

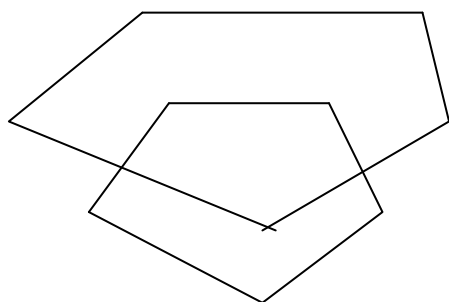
Száztól hetesével számoljon visszafelé, vagy betűzze a VILÁG szót visszafelé	_____	5
---	-------	---

FELIDÉZŐ EMLÉKEZÉS:

a korábbi három szó felidézése	_____	3
--------------------------------	-------	---

NYELVI ÉS EGYÉB FELADATOK

Megnevezés: karóra, ceruza	_____	2
Mondatismétlés: „Semmi de, és semmi ha.”	_____	1
Hármasparancs: „Vegye a kezébe a papírt, hajtsa ketté, és adja vissza!”	_____	3
Olvasás: „Olvassa el és tegye meg! CSUKJA BE A SZEMÉT!”	_____	1
Írás: „Írjon le egy mondatot, kérem!”	_____	1
ÁBRAMÁSOLÁS: másolja le az alábbi rajzot!	_____	1



ÖSSZPONTSZÁM

A MMSE kerekített átlagos pontszáma az életkor és iskolázottság függvényében*

Életkor	Oktatásban töltött idő				Átlag
	0-4 év	5-8 év	9-12 év	>12 év	
18-24	23	28	29	30	29
25-29	25	27	29	30	29
30-34	26	26	29	30	29
35-39	23	27	29	30	29
40-44	23	27	29	30	29
45-49	23	27	29	30	29
50-54	22	27	29	30	29
55-59	22	27	29	29	29
60-64	22	27	28	29	28
65-69	22	27	28	29	28
70-74	21	26	27	29	27
75-79	21	26	27	28	26
80-84	19	25	26	28	25
≥85	20	24	26	28	25
Átlag	22	26	29	29	29

Az iskolázottság és életkor szerinti normál értéktől 3, vagy annál több ponttal elmaradó eredmény klinikailag szignifikáns kognitív funkciózavart valószínűsít.

*Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S. és Folstein, M. F. (1993) *Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level* JAMA **269**; 2386-91.

3.3. Melléklet

A módosított Hachinski-skála

Tünet	Pontszám
HIRTELEN KEZDET	2
LÉPCSŐZETES LEÉPÜLÉS: az állapot napok vagy hetek alatt romlott, majd hosszan ugyanolyan szinten maradt, majd ismét hirtelen romlott	1
SZOMATIKUS PANASZOK: például fejfájás, fülzúgás, mellkasi fájdalom, szédülés, rossz közérzet	1
EMOCIONÁLIS INCONTINENTIA: hirtelen nevetési vagy sírési rohamok, kis kiváltó okkal	1
KÓRELŐZMÉNYBEN MAGAS VÉRNYOMÁS: 160/100 felett egymás után legalább háromszor	1
KÓRELŐZMÉNYBEN STROKE: hemiparesis, aphasia	2
NEUROLÓGIAI GÓCTÜNETEK (<i>anamnézisben</i>): például hirtelen múltó látásvesztés az egyik szemén, féloldali zsibbadás vagy gyengeség, órákig tartó kettős látás, epilepsziás rohamok	2
NEUROLÓGIAI GÓCJELEK (vizsgálatnál): például aszimmetriás rigiditás, vagy egyoldali reflexfokozódás, dorsalflexiós reflexek, nystagmus	2
ÖSSZPONTSZÁM	0-12

A 4, vagy az alatti skálaértéket korábban Alzheimer betegségre, a 7, vagy afeletti értékeket vaszkuláris demenciára tartották jellemzőnek. A Hachinski skálaérték helyett a két demencia-típus elkülönítésére az agyi képalkotó eljárásokat tekintjük diagnosztikusnak.

3.4. Melléklet

A globális deterioráció skála (GDS)

GDS	Klinikum	Diagnózis
1	Nincs emlékezeti panasz vagy kimutatható tünet	nincs hanyatlás
2	<ul style="list-style-type: none"> • Szubjektív emlékezetre vonatkozó panaszok, leggyakrabban a következő területen: <ul style="list-style-type: none"> - elfelejti, hová tette a megszokott tárgyait; - korábról jól ismert nevek felejtése • Klinikai vizsgálattal objektív emlékezetcsökkenés nem mutatható ki. • Nincs objektív deficit a szociális működések terén. • Tünetértékelése teljesen adekvát. 	Korfüggő feledékenység
3	<p>Korai, egyértelmű deficit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tünetek észlelhetők az alábbiak közül legalább egy területen: <ol style="list-style-type: none"> a) Ismeretlen helyen utazva eltévedhet; b) Munkatársai figyelnek fel gyengébb teljesítményére; c) A szótalálás vagy személynév-felidézés zavara nyilvánvalóvá válik a közeli ismerősök számára; d) Egy cikk vagy könyv elolvasása után viszonylag kevés Dologra emlékszik vissza; e) Bemutatkozás után a korábról nehezebben jegyzi meg Az új ismerős nevét; f) Értékes tárgyat elveszít, vagy rossz helyre tesz; g) Klinikai teszteléskor koncentrációzavar figyelhető meg. • A memóriazavar objektivitását csak részletes vizsgálattal lehet feltárni • Teljesítmény-csökkenés tapasztalható magas követelményt támasztó munkakörben vagy szociális helyzetben • A tüneteket gyakran enyhe vagy mérsékelt intenzitású szorongás kíséri. • A betegségbelátás hiánya kezd megjelenni. 	Enyhe kognitív hanyatlás
4	<ul style="list-style-type: none"> • Klinikai vizsgálattal egyértelmű deficit tárható fel az alábbi területeken: <ol style="list-style-type: none"> a) Az aktuális eseményekkel kapcsolatos ismeretanyag csökken, a közelmúltban történetekre hiányosan emlékszik; b) Némely deficit lehet jelen saját élettörténetére, kórelőzményére vonatkozóan; c) Koncentrációzavar mutatható ki például sorozatos kivonásokkal vizsgálva (100-tól hetesével visszafelé számolás); d) Csökkent képesség utazás, pénzügyek kézbentartása stb. terén. • Gyakori, hogy nincs működészavar a következő területeken: 	Mérsékelt kognitív hanyatlás

	<ul style="list-style-type: none"> a) Idő- és térbeli orientáció b) Ismerős személyek és arcok felismerése; c) Közlekedés megszokott, ismerős helyeken. • Komplex feladat végrehajtására képtelen. • Az affektivitás elszegényedik, a megmérettetést jelentő helyzetekben visszahúzódó magatartás jellemző. • A betegségtagadás domináns védekező mechanizmussá lép elő 	
5	<p>A beteg nem képes tovább teljesen egyedül élni, némi segítségre szorul.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A vizsgálati helyzetben nem emlékszik jelenlegi fontos adataira, például korábbi, elmúlt években érvényes lakcímeire vagy telefonszámaira, közeli családtagjai (például unokái) nevére, nem tudja megmondani, hová járt iskolába. • Gyakori az enyhe fokú időbeni (például dátum, a hét napja, évszak stb.) vagy térbeni desorientatio. • Iskolázott személy számára gondot jelent, hogy 40-től négyesével visszafelé, vagy 20-tól kettesével visszafelé számoljon. • Saját magára vagy másokra vonatkozó több jelentős tény, illetve önellátási funkció ugyanakkor megtartott ebben a stádiumban, például a saját, házastársa és gyermekei nevét mindig tudja, nem igényel segítséget étkezésnél vagy WC-használathoz, de segítségre szorulhat az időjárásnak megfelelő öltözék kiválasztásánál. 	Mérsékeltén súlyos kognitív hanyatlás
6	<ul style="list-style-type: none"> • Előfordul, hogy nem emlékszik az őt folyamatosan ellátó házastársa nevére • Nincs tisztában a körülötte zajló eseményekkel, nem emlékszik a vele közelmúltban történetekre. • Bizonyos ismeretanyaga még megtartott lehet (például év, évszak). • Nehézséget jelenthet, hogy 10-től egyesével felfelé vagy visszafelé számoljon. • Némi segítségre szorulhat a mindennapi életműködések terén: <ul style="list-style-type: none"> a) Incontinenssé válhat; b) Közlekedéshez segítség lehet szükséges, de ismerős helyekre még nehézség nélkül eljuthat. • Mindig tudja a nevét. • Gyakran továbbra is képes ismerősöket az ismeretlenektől megkülönböztetni. • Magatartásában vagy affektívitasában változás következhet be: <ul style="list-style-type: none"> a) Pszichotikus tünetek befolyásolhatják magatartását, például azzal vádolhatja házastársát, hogy becsapja, illetve elképzelt személyekkel vagy a saját tükörképével beszélget; b) Kényszeres tünet jelentkezhet, például folyamatosan tisztálkodik; c) Szorongásos tünetek, agitatio vagy agresszivitás léphet 	Súlyos kognitív hanyatlás

	<p>fel;</p> <p>d) Kognitív abulia: akaratereje elvész, például azért, mert gondolkodása a célképzetet nem tartja meg annyi ideig, amennyi a célirányos cselekedet befejezéséhez szükséges lenne.</p>	
7	<ul style="list-style-type: none"> • Minden verbális tevékenység elvész ebben a stádiumban: <ul style="list-style-type: none"> - a stádium kezdetén egyes szavakat és kifejezéseket mond ugyan, de beszéde nagyon körülményes; - végül beszéd már nincs, csak elemi hangadás. • Incontinens, WC-használathoz és étkezéshez segítség szükséges. • Alapvető pszichomotoros képességeit is elveszíti (például a járás terén). • Az agy többé már nem képes a test vezérlésére. • Generalizált működészavarra utaló és corticalis neurológiai jelek és tünetek gyakoriak 	

3.5. Melléklet

Demencia vizsgálati űrlap

DEMENTIA VIZSGÁLATI LAP

Név: _____ TAJ: Születési idő: _____

Anamnézis	Volt/van	Nem volt	Nincs információ	Megjegyzés
Anyagcsere zavár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mentális retardatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepszia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkohol/delirium tremens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kábítószer használat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Központi idegrendszeri hatású gyógyszerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koponya-agysérülés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Egyéb központi idegrendszeri betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genetikai betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Családban örökletes v. neurodegeneratív betegség:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diagnosztikus módszerek:	Történt	Nem történt	Vizsgálat lelete	Vizsgálat ideje
Kötelezően elvégzendő vizsgálatok:				
Neurológiai vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pszichiátriai vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MMSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hachinski-skála	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CT vagy MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vérkép vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pajzsmirigy hormonszintek, STSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Májenzimek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vércukor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Urea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha indokoltnak tartotta és elvégezte a lenti vizsgálatot, jelölje be				
Serum B12 szint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Endocrinológiai vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glucose tolerancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vesefunkció (kreatinin clearance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Liquor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Genetikai vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MAWI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Egyéb neuropszichológiai vizsg:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Specifikus serológiai tesztek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Agybiopszia/szövetten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Electroneurographia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kiváltott válasz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SPECT/PET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

A fentiek alapján a következő diagnosis	Nem valószínű	Lehetséges	Valószínű	Bizonyított
Dementia DSM szerint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer-kór	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korfüggő feledékenység	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresszió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb pszichiátriai kórkép pseudodementiával	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyreosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12-hiány	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb metabolicus vagy endocrin zavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerebrovascularis betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetikai betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Központi idegrendszert érintő infectio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Központi idegrendszeri traumás károsodás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intracranialis tumorok, hydrocephalus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izolált corticalis szindróma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyógyszerek okozta állapot v. intoxicatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentalis retardatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delirium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéb primer degenerativ betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kitöltötte:

Részletek és kitöltési útmutatás a dementia átvizsgálási módszertani összefoglalóban!!

3.6. Melléklet

A DEMENCIA ÁTVIZSGÁLÁSÁNAK VÁZLATA

A. Anamnézis

Célzott anamnézis-felvétel a vizsgálati személytől és a legközelebbi hozzátartozótól. A memória (azonnali, rövid és hosszú távú), tájékozottság, a mindennapi aktivitás, életvitel és önellátás szintjének, a korábban jellemző teljesítményszintnek és az esetleges depressziós tüneteknek dokumentálása. Zavart epizódok, pszichotikus jelek, agresszivitás explorálása.

B. Pszichometriai vizsgálat

A kognitív zavar súlyosságának megállapítása és dokumentálása MMSE és órateszt, szükség esetén részletesebb neuropszichiátriai vizsgálat által.

C. Belgyógyászati kivizsgálás és kezelés

Szív-, vese-, máj-, vérképzőszervi és pajzsmirigyfunkciós alapadatok rögzítése. Szívelégtelenség, ritmuszavarok, anyagcserebetegségek, hipertónia célzott átvizsgálása és korszerű kezelése. Egyéb szomatikus betegségek, infekciók keresése, kezelése.

D. Agyi MR vizsgálat

E. Neurológiai kivizsgálás és kezelés

Agyérbetegségek, Parkinson kór kezelése, gondozásba vétele. Gyanú esetén egyéb, demenciát okozó neurológiai betegség (Huntington kór, normál nyomású hidrokefalusz, CJD, stb.) célzott vizsgálata, kezelése és gondozása.

F. A demencia klinikai-etiológiai típusának megállapítása, és gondozásba vétel Demencia Centrumban.

3.7. Melléklet

AZ ÓRA TESZT*

Kivitelezése: Üres A4-es papírlapra a vizsgáló kört rajzol a beteg előtt, majd megkéri, hogy az képzelje el, hogy az egy óra számlapja, és rajzolja be körbe a számokat, majd a kis- és nagymutatót úgy, hogy az óra $\frac{3}{4}$ 3-at mutasson.

Értékelés: (pont):

- 10 A számok és a mutatók helyzete pontos
- 9 A nagymutató helyzete nem pontos (pl. a 11-re mutat)
- 8 Nagyobb pontatlanság a mutatók elhelyezésében
- 7 A mutatók elhelyezése egyértelműen helytelen
- 6 A mutatók nem megfelelőek, vagy digitális idő kijelzés
- 5 A számok összezsúfolása, keverése, sorrendjük eltévesztése
- 4 Súlyos hiba a számsorrendben, lapon kívüli számok
- 3 A számok és a számlap nincsenek kapcsolatban, mutató nincs
- 2 Megkísérelte a feladatot, de nincs értékelhető produktum
- 1 Nem tett kísérletet a végrehajtásra

*Kálmán J. és mtsai (1995): *Óra rajzolás teszt: gyors és egyszerű demencia szűrő módszer.* Psych. Hung **10**; 11-18.

3.8. Melléklet

A DEMENCIA KEZELÉSE

Nem gyógyszeres kezelés:

- A beteg és a gondviselő(k) megfelelő tájékoztatása a betegségről.
- A családtagok és a professzionális gondozók bevonása
- A rendelkezésre álló egészségügyi, ápolási és szociális intézmények bemutatása
- Viselkedésterápiás és mnemotechnikai módszerek
- A beteg és gondviselője emocionális vezetése, a problémák megbeszélése.

Gyógyszeres kezelés:

- Társuló vagy kauzatív betegségek belgyógyászati kezelése.
- Antidementívumok kipróbálása, a placebónál igazoltan hatásosabb szereket ajánlva elsőként.
- A társuló pszichiátriai tünetek gyógyszeres kezelése.
- A polipragmázia kerülése.
- A gyógyszeres terápia módosítása az állapot, tapasztalatok, szükségletek szerint.

3.9. Melléklet

ANTIDEMENTÍVUMOK TERÁPIÁS ADAGJAI, FONTOSABB MELLÉKHATÁSAI (MHS) ÉS INTERAKCIÓI (IA):

<u>Acetilcolinészteráz gátlók</u>	Napi adag	
Donepezil(-HCl) Rivastigmin	5-10 mg 3-12 mg	MHS: émelygés, hányás, hasmenés, AV ingerület átvezetési zavarok, nehezített vizelet. Alvászavarok, nyugtalanság, agresszív viselkedés, hallucinációk, epileptiform görcsök, kedvezőtlen hatás a fekélybetegségre és obstruktív légzőszervi betegségekre, bradikardiákra, SA és AV blokkokra. IA: Kolinerg hatások erősítése (glaukoma!), antikolinerg hatások gyengítése, béta-blokkolók és szívglikozidok bradikardizáló hatásának fokozása. A plazma szabad donepezil szintjét emelik: ketokonazol, itraconazol, erithromycin. A donepezil hepatikus lebontását fokozzák: rifampicin, fenitoin, karbamazepin, alkohol
Memantin(-HCl)	10-30 mg	MHS: nyugtalanság, szédülés, fejnnyomás-érzés, fokozott görcskészség. IA: fokozza az antipszichotikumok, antikolinerg szerek és dopamin agonisták hatását.
Ginkgo-biloba extraktumok	120-240 mg	MHS: Gyomorpanaszok, fejfájás, allergiás bőrtünetek, megnyúlt vérzési idő. IA: Vérlemezke-aggregáció gátló szerek hatásának fokozása lehetséges.
Ergoloid mezilátok	4-10 mg	MHS: hipotónia, szédülés, gyomor-bél panaszok, alvászavarok, bradikardia, anginás szívpanaszok fokozódása, paresztéziák. IA: más ergot-alkaloidok (ergotizmus), vérnyomáscsökkentők (hipotónia), vérlemezke aggregáció gátlók (hatásfokozódás).
Piracetam	0,75-6 g	MHS: Fokozott pszichomotoros aktivitás, vagy szexuális készletés, alvászavarok, szorongás, idegesség, agresszivitás, depresszió, gyomor-bél panaszok, hízás, szédülés, hipo- vagy hipertenzió, fokozott görcshajlam, allergiás bőrtünetek.

A szakmai protokoll érvényessége: 2008. december 31.