

Kognitivní funkce, soběstačnost a kognitivní syndromy

prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.

Neurologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Se zvyšujícím se podílem stárnoucí populace přibývá starších osob s poruchami paměti a dalších kognitivních poruch. Proto článek přináší informace o kognitivních funkcích a jejich rychlém hodnocení. Dále objasňuje náplň a hodnocení soběstačnosti. Na základě míry postižení kognitivních funkcí a soběstačnosti je možné třídit kognitivní syndromy do tří kategorií: subjektivní stížnosti na poruchy paměti (normální kognitivní funkce), mírná kognitivní porucha (narušeny kognitivní funkce, nikoli soběstačnost) a demence (nesoběstačnost). Používání jednotné terminologie a sdílení metodik umožní lepší komunikaci mezi lékaři různých odborností a dalšími odborníky věnujícími se kognitivním poruchám.

Klíčová slova: kognitivní poruchy, demence, Alzheimerova nemoc, soběstačnost, subjektivní stížnost na poruchy paměti, mírná kognitivní porucha.

Cognitive functions, activities of daily living and cognitive syndromes

The number of older people with memory disorders and other cognitive disorders increases as the aging population is growing. Therefore, the article provides information on cognitive functions and their brief evaluation. It also explains the content and evaluation of activities of daily living. Cognitive syndromes can be classified into three categories based on impairment of cognitive functions and activities of daily living: subjective memory complaints (normal cognitive functions), mild cognitive impairment (cognitive impairment, but not impairment in activities of daily living) and dementia (dependence on caregivers). The use of uniform terminology and sharing of instruments will allow better communication among physicians of different specialties and other experts in cognitive disorders.

Key words: cognitive disorders, dementia, Alzheimer's disease, self-sufficiency, subjective complaint of memory disorders.

Ve stáří se můžeme setkat s narušením jak mozkových funkcí, tak soběstačnosti. Jejich úroveň rozhoduje o schopnosti vést samostatný život, dodržovat lékařská doporučení a brát správně léky a má vliv na kvalitu života. Oba životní aspekty se také uplatňují v klasifikaci syndromů. Z těchto důvodů má smysl jim věnovat pozornost při lékařském vyšetření. Z psychických poruch ve vyšším věku mají největší zastoupení demence a mírné poruchy kognitivních funkcí (1). Zjišťování rizikových faktorů vedoucích k nejčastější Alzheimerově nemoci umožňuje vytvořit soubor účinných preventivních opatření (2). Správná kategorizace kognitivních poruch ve

stáří souvisí s adekvátními léčebnými přístupy (3–5). Tento článek představí čtenářům nejdříve vybrané kognitivní funkce, možnosti jejich hodnocení v klinické praxi do pěti minut a pak ukáže na důležitost zjišťování soběstačnosti. Na závěr shrne využití obou složek k jednotné klasifikaci stavů pro lepší komunikaci mezi lékaři.

Druhy kognitivních funkcí

Výraz kognitivní pochází z latinského slova „cognosco, cognoscere“ = poznávám, seznamuji se, něco zkoumám, a tak se mi to stává známým. Kognitivní (poznávací) funkce zahrnují na jedné straně schopnosti přijímat nové vjemy

a informace a zpracovávat je a na druhé straně vydávat signály do okolí formou řeči nebo chování. Jedná se o složité procesy, které začínají pozorností a vnímáním, používají ukládání a vybavování informací z paměti, zpracovávají vjemy pomocí myšlení, vedou k plánování a rozhodnutí, dají se vyjádřit slovy apod. Abychom tyto komplexní děje mohli uchopit v běžné praxi, je výhodné je rozdělit na dílčí domény. Toto členění je ale umělé, protože kognitivní funkce se mezi sebou výrazně prolínají.

Mezi základní kognitivní funkce patří: paměť, exekutivní schopnosti, řeč a další symbolické funkce a zrakově-prostorové

schopnosti (tab. 1) (6). Nyní si tyto jednotlivé kognitivní domény představíme. Současně budou vyjmenovány příklady některých z mnoha metod, které mohou použít lékaři, další specialisté a psychologové k vyšetřování kognitivních funkcí. Psychologické vyšetření se vyplatí ve specifických situacích (mírné nebo nejisté deficity, u mladých pacientů s ohledem na pracovní zařazení, k posuzování řidičských schopností). Na závěr pojednání o každé kognitivní funkci budou uvedeny krátké testy, kterými se dá v České republice vyšetřit každá osoba do pěti minut. Jejich zásadní výhodou je vlastní vyšetření v ordinaci, a tím vidět přímo selhání a jeho míru u pacienta. Kromě samotného testování a výsledků další užitečnou informaci přináší také sledování chování pacienta a jeho komentáře během tohoto vlastního vyšetřování. Všechny kognitivní testy vyžadují dobré porozumění instrukci a dobrý sluch a zrak. Proto si nejdříve vysvětlíme, jak můžeme tyto smysly vyšetřit rychle a snadno.

Rychlé vyšetření sluchu

Otestovat sluch v ordinaci si můžeme poměrně snadným způsobem. Odlišit poruchu

sluchu od afázie lze provést tak, že pacienta necháme opakovat jednoduchá trojčíselná čísla vyslovovaná nahlas bez možnosti zrakového odezírání. Jak tedy rychle vyšetřit sluch?

Nejlépe se zakrytou rukou před ústy nechte osobu zopakovat tři trojčíselná čísla, která vyslovíte normálně nahlas: 941-726-583. Toto není intelektově náročný požadavek, který ale snadno prověří sluch. Jestliže zvládne opakovat trojčíselná čísla správně, nejspíše má sluch dostatečný pro běžnou komunikaci. Při kognitivním vyšetřování se už tedy nemůže vymlouvat na špatný sluch, jak někdy v praxi zažíváme. Problémem je spíše špatné zpracování informace a porozumění, což se dá parafrázovat, že „sice slyší, ale nerozumí.“

Když dobře opakuje čísla a přesto nerozumí, nevykonává pokyn, neodpovídá, může se tak spíše projevat kognitivní porucha. Nejedná se tedy o hypakuzi, jak se někdy mylně vykládá kognitivní neschopnost vyšetřované osoby.

Rychlé vyšetření zraku

Osoba přečte nějaký text nebo čtyři změnující se znaky na formuláři pro vyšetřování testu Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV), o kterém bude pojednáno níže.

Paměť a její poruchy

Paměť je ústřední kognitivní funkcí. Je definována jako schopnost přijímat, zpracovávat, uskláňovat a vybavovat informace. Paměť je důležitá kognitivní funkce nejen sama o sobě. Je současně nezbytnou podmínkou k uskutečnění dalších kognitivních schopností. Podílí se také na

řečových, exekutivních a zrakově-prostorových funkcích. Proto má posouzení paměti dominantní postavení u pacientů s kognitivními poruchami.

Na proces vstřípení a následného uložení do paměti má vliv celá řada faktorů: zda a jaký má pro nás informace význam, jakou pozornost nové informaci věnujeme, jaký k ní máme emocionální vztah, v jaké náladě se zrovna nacházíme, jak je informace složitá, kolikrát se zopakovala atd. Kapacita krátkodobé (operační, pracovní) paměti se vyjadřujeme počtem prvků, které dospělý člověk udrží v krátkodobé paměti. Obvyklá kapacita krátkodobé paměti se pohybuje v rozmezí 5–9 položek. Tyto položky jsou v paměti uchovány jen po limitované době. U pacientů s poruchami paměti obvykle klesá hodnota kapacity krátkodobé paměti pod pět zapamatovaných položek. Pokles nemusí vždy souviset jen s narušením paměťových schopností nebo s onemocněním mozku, ale může být ovlivněn i jinými faktory, například stresem, nepozorností, únavou, nemotivovaností k vyšetření apod.

Pod pojmem paměť bychom měli chápat několik druhů pamětí, které se člení podle různých hledisek. S přihlédnutím ke klinické praxi je vhodné paměť rozdělit zejména podle obsahu a časových souvislostí, jak ukazuje tab. 2 (6).

Z praktického hlediska můžeme shrnout hlavní projevy poruch paměti: nové informace se neudrží, při opakování téhož podnětu nedochází ke zlepšování zapamatovávané informace a vážně spontánní vybavení.

Tab. 1. Hlavní kognitivní funkce

■ paměť (více druhů) ■ exekutivní funkce ■ řeč a další symbolické funkce ■ zrakově prostorové schopnosti
a další:
pozornost
psychomotorické tempo
abstrakce
úsudky

Tab. 2. Členění paměti podle různých hledisek

A) Rozdělení paměti podle obsahu
■ slovní paměť (verbální) ■ zrakově prostorová paměť (neverbální)
Jiné dělení podle obsahu
1. Deklarativní (explicitní) paměť obsahuje materiál, který je přístupný vědomému vybavení. Dále se člení na dva druhy:
a) Epizodická paměť se týká prožitých událostí (= epizod) z osobní minulosti (vzpomínky na zážitky, autobiografie apod.). Epizodická paměť je naplněna událostmi, které daný člověk prožil, například, zda si již vzal lék či nikoli, co měl k obědu, co dělal včera či před týdnem. Epizodická paměť odráží zkušenost právě jedinečné osoby.
b) Sémantická paměť slouží pro faktografický materiál (fakta, údaje, encyklopedické znalosti apod.). Sémantická paměť tedy obsahuje naučené informace o světě okolo nás a má všeobecnou platnost pro všechny osoby. Například, jaký název označuje určitý předmět (totem, robot).
2. Nedeclarativní (procedurální, implicitní) paměť zajišťuje motorické dovednosti a zautomatizované činnosti (např. šití, jízda na kole, hraní na nástroj). Její činnost nesouvisí s řečí, nelze popsat slovy (proto nedeclarativní) a vybavování není vědomé.
B) Rozdělení paměti podle časových souvislostí
1. anterográdní paměť = schopnost učit se novým informacím do budoucnosti
2. retrográdní paměť = schopnost vybavit starší informace z minulosti (známé události nebo fakta, autobiografické zážitky apod.).
a) informace získané před chvílí (krátkodobá paměť) – uchovávání informací jen ve velmi krátkém časovém úseku – většinou se jedná o sekundy až minuty. Řešíme pomocí ní aktuálně nastolené problémy, a proto se jí často říká pracovní nebo operační paměť.
b) informace získané nedávno („novopaměť“, recentní paměť) – v posledních hodinách až dnech
c) informace získané dávno („staropaměť“, dlouhodobá paměť) – v minulých letech až desetiletích

Psychologové k vyšetření paměti používají subtest Opakování čísel z Wechsler Adult Intelligence Scale (pracovní paměť), Reyův paměťový test učení (slovní paměť) nebo Reyovu-Osteriethovu komplexní figuru, Brief Visuospatial Memory Test či Bentonův vizuálně retenční test (obrázková paměť) (6).

Vyšetření paměti v klinické praxi do 5 minut

Paměť bývá postižena při různých poškozeních mozku často, časně nebo nejvíce. Proto správné vyšetření paměti má zásadní význam. Principem většiny paměťových vyšetřovacích testů je opakovaná prezentace podnětů (slov, obrázků), které se pacient učí nazpaměť. Poté je požádán o jejich vybavení (bezprostředně nebo oddáleně), a to jak formou spontánního vybavení, tak i s nápovědou nebo formou znovuroznávaní z nabídky. Je vhodné posuzovat zvlášť paměť slovní (verbální), více vázanou na řečově dominantní hemisféru (většinou levou) a zvlášť paměť obrázkovou (vizuální), více vázanou na nedominantní hemisféru (většinou pravou).

Již při anamnéze je možné postřehnout paměťové výpadky nebo nesrovnalosti. Užitečné jsou dotazy na nedávné i vzdálené události v životě vyšetřované osoby nebo jeho rodiny, nedávné politické dění nebo sportovní akce, starší autobiografická fakta (např. datum svatby, počet a věk dětí, jejich narození, jména). Na poruchy paměti je dobré se zeptat jak pacienta, tak doprovázející osobu, pokud je přítomna. Možné otázky ukazuje tab. 3.

Do pěti minut můžeme vyšetřit paměť krátkými testy. K rychlému a snadnému vyšetření paměti slouží dva inovativní a původní české testy – **Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)** a **Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV)**, které byly vyvinuty přímo v České republice. Test ALBA spočívá v opakování věty o šesti slovech, předvádění a vzápětí vybavení šesti gest a nakonec vybavení slov původní věty (7, 8). V testu POBAV je úkolem nejdříve písemně pojmenovat 20 černobílých

Tab. 3. Jak se správně ptát na poruchy paměti a soběstačnosti?

PAMĚŤ	SOBĚSTAČNOST
1. od pacienta	
„Co si myslíte o vaší paměti?“	„Dokázal byste existovat a vést samostatný život sám o sobě, bez jakékoli pomoci od příbuzných?“
2. od blízké osoby	
„Ptá se opakovaně na totéž?“ „Vypráví stále stejné informace dokola?“ „Uvedte příklady selhání paměti a příklady problémů v běžném životě v důsledku poruch paměti.“	„Byl by pacient schopen samostatné existence?“
	také se cíleně ptát, jak si vede pacient v běžném životě zejména z hlediska těchto čtyř aktivit: zvládání finančních záležitostí, samostatné cestování, telefonování, užívání léků aj.

obrázků a vzápětí si vzpomenout a napsat co nejvíce jejich názvů během jedné minuty (9–12). Oba testy ALBA a POBAV jsou snadné na provedení a vyhodnocení, ale zároveň náročné pro vyšetřovanou osobu, jsou velmi krátké s trváním do pěti minut a slouží ke zjištění mírných kognitivních deficitů, zejména krátkodobé epizodické nebo dlouhodobé sémantické paměti. Formuláře k jejich administraci a vyhodnocení je možné volně stáhnout ze stránek Medicína pro praxi (13). Dokonce se jimi zachytily drobné kognitivní změny u dospělého dítěte od pacientky s demencí (14).

Zhodnocení paměti by se mělo stát rutinní praxí v indikovaných případech. Je třeba zdůraznit, že paměť nelze v žádném případě posuzovat z pouhého rozhovoru s pacientem. Někteří nemají náhled na své deficit, a tak si na paměť ani nestěžují. Odhalení neznámé paměťové poruchy má praktický význam pro další péči o pacienta.

V České republice probíhá záchyt poruchy paměti na několika místech. Praktičtí lékaři vyšetřují paměť testem Mini-Cog (15). Do plošného vyhledávání poruch paměti se v posledních letech aktivně zapojili certifikovaní lékárníci po celé ČR (16, 17).

Exekutivní funkce a jejich poruchy

Pod pojmem exekutivní funkce chápeme takové činnosti, které směřují k určitému cíli: zahájení, plánování a organizace, vlastní provedení, sekvenční zpracování, sledování a řízení průběhu činnosti a zpětnovazební korekce.

Postižení exekutivních funkcí nazýváme **dysexekutivním syndromem, poruchou exekutivních funkcí** nebo **exekutivní dysfunkcí**. Jde o **poruchu plánování a algoritmizace jednání**. Za zhoršením exekutivních funkcí nejčastěji stojí poškození frontálních laloků nebo podkorových struktur (např. bílé hmoty nebo bazálních ganglií).

Dysexekutivní syndrom se vyskytuje u různých demencí a je součástí diagnostických kritérií demence. Syndrom zahrnuje tyto symptomy: porucha pracovní paměti, obtíže při sestavování plánu a jeho uskutečňování, obtíže v řešení problému (zvláště při nutnosti využít nové kombinace dosavadních znalostí), potíže v plánování činnosti, ve schopnosti abstrakce a kognitivní flexibilitě a potíže s pozorností.

Při klinickém vyšetření je možné pozorovat tyto typické znaky: snížená iniciativa, nezáměr

a nechuť začít nějakou činností nebo mluvit, nízká slovní plynulost, omezená řeč, slovní stereotypie a echolálie, perseverace, poruchy pozornosti, snadná rozptýlitelnost vedlejšími podněty, konkrétní myšlení, odbržděnost, neschopnost adaptace a neřízené chování. Často se přidává nedostatek kontroly nad vlastním chováním, impulzivita, agresivita, apatie a zejména bývá zhoršena schopnost náhledu na své chování a svůj mentální stav.

Psychologové k vyšetření exekutivních funkcí používají testy slovní produkce, test cesty s provedením B, Wisconsinský test třídění karet, Stroopova zkouška nebo Londýnská věž (6).

Vyšetření exekutivních funkcí v klinické praxi do 5 minut

Vhodnou zkouškou k hodnocení exekutivních schopností v lékařské praxi jsou fonémická nebo kategoriální slovní produkce nebo Test kreslení hodin. Při nich se vyšetřovaná osoba snaží vyjmenovat co nejvíce slov začínajících na určité písmeno (např. vhodné je K, tzv. fonémická slovní produkce) nebo v určité kategorii (např. zvířata, tzv. kategoriální slovní produkce) za určitý časový interval (obvykle jedna minuta). Pořadí názvů obrázků v části pojmenování testu POBAV může být systematické, ale i chaotické, což může poukazovat na možný dysexekutivní syndrom. Blíže je možné najít o těchto testech a jejich českých normách například v odborné knize (6).

Řečové a další symbolické funkce a jejich poruchy

Při komunikaci používáme různé symboly jako je řeč, psaní, čtení a počítání. Vážnou komunikace významně zasahuje do soužití s blízkou osobou, někdy více než porucha paměti. Řeč se může změnit při kognitivních poruchách jak ve smyslu obsahu (afázie), tak artikulace (dysartrie). Některé řečové poruchy mohou být zjevné, jiné vyžadují pozornou analýzu obsahu a cvik. Mezi zjevné řečové poruchy patří dysartrie nebo afázie, kterou můžeme rozdělit na expresivní (obtížná verbalizace myšlenek), senzorickou (poruchy porozumění řečenému) nebo anomickou či amnestickou (neschopnost použít správné slovo v daném kontextu, zaměňování slov, obtížné vybavování slov, která jsou nahražována opisováním). Fatické poruchy mohou být výjimečně špatně interpretovány a zaměněny

za jiné příznaky, např. zmatenost. Řečové poruchy u pacientů s kognitivními poruchami bývají následkem iktů nebo manifestací neurodegenerativních onemocnění mozku. Vyskytují se u Alzheimerovy nemoci, ale především u frontotemporální demence, a to hlavně u primárních progresivních afází. Mezi ně řadíme neplynulou variantu (projevuje se podobně jako expresivní afázie u iktů), sémantickou variantu (projevuje se podobně jako senzorická afázie u iktů) a logopenickou variantu s řečovou chudostí, dlouhými pauzami mezi slovy a poruchou pojmenování předmětů, např. na obrázcích.

Poruchy v porozumění bývají samotným pacientem nebo jeho příbuznými pokládány za poruchu sluchu, která se však v seniorském věku také vyskytuje. Orientační odlišení poruchy porozumění od poruchy sluchu je možné rychle a snadno provést pomocí zkoušky opakování tří trojiciferných čísel, což bylo uvedeno výše.

Složitější bývá zjištění obsahové chudosti a vágnosti, když je řeč plynulá a deficity jsou mírné. Příbuzní to popisují, že pacienti přeskakují z jednoho tématu k druhému, ale nevede to k žádnému cíli a nemá to jednotlicí rysy. Takovou řeč je možné parafrázovat, že je to „vodopád nevyžádaných informací bez ladu a skladu.“ Neschopnost se správně vyjádřit je maskována společenskými frázemi nebo obecným vyjadřováním. Mohou se objevovat parafrázie, což je porucha řeči projevující se nesprávným užíváním slov. Sémantická parafrázie je použití jiného slova ze stejné nebo jiné kategorie (místo vzducholoď například ponorka nebo vodovod).

Mezi další kognitivní poruchy symbolických funkcí patří **alexie** (neschopnost správně číst), **agrafie** (neschopnost správně psát) a **akalkulie** (neschopnost správně počítat). Pokud si neuvědomuje své nedostatky nebo svou nemoc, jedná se o **anozognozii**.

Psychologové k vyšetření řečových a symbolických funkcí používají testy Western Aphasia Battery, Token Test nebo Mississippi Aphasia Screening Test (6).

Vyšetření řečových a symbolických funkcí v klinické praxi do 5 minut

Řečové schopnosti v lékařské praxi hodnotíme z prostého rozhovoru s pacientem. Test ALBA pokrývá jak opakování věty, tak porozumění instrukcím k provádění gest (6, 7). Při použití testu POBAV můžeme zhodnotit psaný jazyk (agrafii)

a sémantickou paměť (záměna názvů obrázků) (6, 11). Řeč se dá hodnotit také fonémickou nebo kategoriální slovní produkcí (6).

Zrakově-prostorové funkce a jejich poruchy

Zrakově-prostorové schopnosti zajišťují orientaci osoby v prostoru a podílejí se na uvědomování si správných prostorových vztahů. Nejdříve se zhoršuje orientace v neznámých nebo méně známých místech, později pacienti bloudí i na dříve známých místech a nakonec i v domácím prostředí. Tato porucha má postupně i stále větší vliv na fungování pacienta v praktickém životě.

Vyšetření zrakově-prostorových funkcí v klinické praxi do 5 minut

Zrakově-prostorové schopnosti vyšetřuje především Test kreslení hodin. K jeho hodnocení se dá použít řada zahraničních systémů. Kromě toho se dá hodnotit i jednoduchým českým způsobem od 0–5 bodů na základě dichotomických otázek jako tzv. BaJa skórování (18). Test Mini-Cog obsahuje také test kreslení hodin, avšak někdy s problematickým hodnocením (více ručiček než dvě nevádí, délka ručiček se nehodnotí) (15).

Psychologové k vyšetření zrakově-prostorových funkcí používají subtest Kostky a Skládání obrázků z Wechsler Adult Intelligence Scale, Reyovu-Osterriethovu komplexní figuru, Bentonův vizuálně retenční test a test cesty (6).

Soběstačnost a její hodnocení

Hodnocení běžných aktivit pacientů s kognitivními poruchami poskytuje důležité informace pro odlišení normálního stárnutí, mírné kognitivní poruchy a demence, posouzení účinku léčby nebo progresu onemocnění, pro posouzení tíže onemocnění a k dalším účelům. Aktivita běžného života se dělí na tzv. **instrumentální** aktivity vyžadující složitější mentální pochody (např. nakupování, používání telefonu, vaření, uklízení, užívání léků, cestování) a na **základní** aktivity jako například jedení nebo oblékání. U pacientů s kognitivními poruchami jsou instrumentální aktivity postiženy dříve a více, zatímco základní zůstávají zachovány déle.

Soběstačnost je možné zjišťovat rozhovorem jak s pacientem s kognitivními poruchami, tak s jeho blízkou osobou. Vhodné otázky k tomu přináší tab. 3. Další možností je hodno-

cení pomocí strukturovaných dotazníků, které vyplňuje blízká osoba pacienta (pečovatel). Méně často je dotazník vyplňován samotným pacientem.

V češtině jsou k dispozici tři dotazníky k hodnocení soběstačnosti pacientů s kognitivní poruchou či demencí. Jedná se o Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ, Dotazník soběstačnosti DAD-CZ, Bristolskou škálu aktivit denního života BADLS-CZ. V naší klinické praxi se osvědčil Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ pro své krátké trvání vyplnění (2–3 minuty) a dobrou vypovídací hodnotu. Protože se hodnotí instrumentální aktivity, zachycuje časná stadia zhoršené soběstačnosti, což lze využít jako podklad při žádosti o příspěvek na péči. Je možné ho volně stáhnout ze stránek časopisu Psychiatrie pro praxi (19).

Další informace k tématu soběstačnosti a jejich hodnocení pomocí dotazníků lze najít v přehledovém článku (20).

Klasifikace kognitivních syndromů ve stáří

Na závěr si rozdělíme kognitivní syndromy do několika skupin na základě zhodnocení kognitivních funkcí a soběstačnosti, které přehledně zachycuje obr. 1.

■ Normální stárnutí kognitivních funkcí.

Mírný pokles kognitivních funkcí je přirozeným důsledkem stárnutí mozku. Může, ale nemusí být provázeno pocitem zhoršené paměti. Normální výsledky v testových metodách odpovídají věku a vzdělání.

■ Subjektivní stížnost na poruchy paměti.

Od předchozího stavu si jedinec vysloveně stěžuje na poruchy paměti, kvůli nimž chce být vyšetřen. Přitom testové metody vykazují normální výsledky.

■ Mírná kognitivní porucha nebo také mírná neurokognitivní porucha

podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické společnosti DSM 5. Jedinec si sám stěžuje na poruchy paměti nebo jeho blízké osoby dokládají přítomnost poruchy paměti, která je objektivně prokazatelná testovými metodami. Přitom je osoba soběstačná a v běžném životě nemá větší potíže. Míra poklesu odpovídá rozmezí výkonů kognitivních funkcí mezi 2 a 1,5 či 1 směrodatnou odchylkou pod průměrem nebo mezi 2. a 16. percentilem. I když by aktivity běžného života měly být normální, nebývají

jasně vymezeny a v klinické praxi se těžko určuje ještě přípustná míra poruchy. Některá kritéria vyžadují normální soběstačnost. Jiná připouštějí možnost, že dané činnosti trvají déle, vyžadují větší úsilí, kompenzační strategie nebo přizpůsobení. Důležité je vědět, že prognóza mírné kognitivní poruchy může být jakákoli: přetrvávání celkem beze změny i po několik let, zlepšení nebo až normalizace, ale i progresse do demence.

V ordinaci klasifikujeme pro projišťovnu jako tzv. Lehkou poruchu poznávání kódem F06.7 podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Podle ní je charakterizována poškozením paměti, potížemi s učením. Přitom je snížena schopnost koncentrace na daný úkol déle než jen v krátkém úseku, častý je zjevný pocit duševní únavy, když je snaha o vyřešení úkolu. Nové učení je subjektivně obtížné, i když objektivně úspěšné. Žádný z těchto symptomů není tak závažný, aby byla vyslovena buď diagnóza demence, nebo deliria. Tento stav by se měl stanovit jen ve spojení se specifikovanou somatickou poruchou a neměl by být stanoven za přítomnosti jakékoli duševní poruchy nebo poruch chování. Tato porucha může předcházet, být přidružena nebo následovat široké spektrum infekcí a somatických poruch jak mozkových, tak systémových, ale přímý důkaz účasti mozku není vždy nezbytně přítomen (21).

■ **Demence** nebo také tzv. **závažná neurokognitivní porucha** podle DSM 5. Pokles paměťových a dalších kognitivních funkcí z předchozí úrovně znemožňuje samostatné vykonávání běžných činností. Nebytnou podmínkou použití termínu demence je ztráta soběstačnosti. Běžné činnosti provádí osoba nejdříve sama s potížemi, potom potřebuje pomoc druhého a nakonec je za něj vykonává druhá osoba, na níž se stává postupně plně závislý.

V ordinaci klasifikujeme pro pojišťovnu jako tzv. Neurčenou demenci kódem F03 podle MKN-10. Pod tento kód patří presenilní demence nebo psychóza, primární degenerativní demence, senilní demence nespecifikovaná nebo depresivního či paranoidního typu, senilní psychóza. Naopak sem nepatří senilita s kódem R54.

Můžeme shrnout, že mírná kognitivní porucha se na jedné straně liší od normálního

Tab. 4. Klinické rozdíly mezi mírnou kognitivní poruchou a demencí

Mírná kognitivní porucha (mírná neurokognitivní porucha podle DSM 5)	Demence (závažná neurokognitivní porucha podle DSM 5)
- sami si stěžují na poruchu paměti nebo pozorují blízké osoby - paměťové funkce jsou sniženy objektivně, tj. pomocí testů - nemají demenci – nejsou narušeny aktivity běžného života (soběstačnost) – žijí běžný život - progrese do Alzheimerovy nemoci – 15 % za rok	- postižení v jakékoliv jedné či více kognitivních domén, nejčastěji paměti - nižší kognitivní výkon proti minulosti - kognitivní deficit narušuje běžné, sociální nebo pracovní činnosti jedince - proto je závislost na pomoci druhých osob

stárnutí zhoršením paměti nebo jiných kognitivních funkcí. Na druhé straně se od demence liší uchovanou soběstačností. Rozdíly mezi mírnou kognitivní poruchou a demencí vystihuje tab. 4 a obr. 1. Příčiny těchto syndromů jsou různé – normální stárnutí, smíšené neurodegenerativní poruchy, Alzheimerova nemoc, vaskulární příčiny, v širším slova smyslu např. po iktu, po úrazech mozku. Nejčastěji jsou však termíny spojovány s Alzheimerovou nemocí. Úzkost a deprese mohou také působit alteraci kognitivních funkcí, někdy přechodně, jindy dlouhodobě. Je třeba pomýšlet i na to, že kromě deprese či úzkosti mohou být přítomny jiné

příčiny kognitivních poruch. Proto má smysl sledovat nejen změny těchto poruch v závislosti na léčbě, ale také vyšetřovat paměť alespoň testy ALBA a POBAV.

Nová klasifikace kognitivních syndromů podle 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)

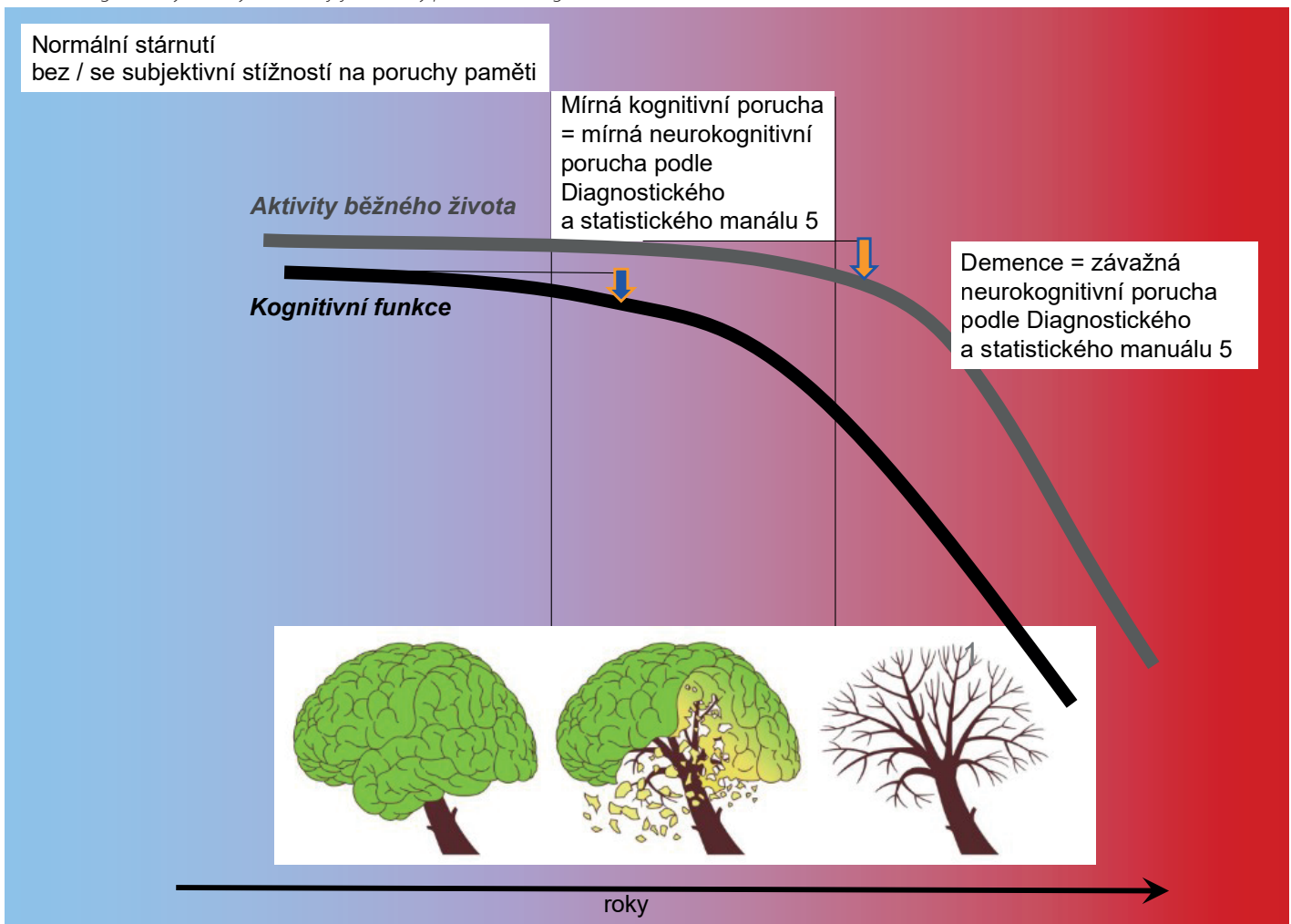
Od 1. ledna 2022 platí 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) s pětiletým přechodným obdobím a postupným zaváděním Ústavem zdravotnických informací do České republiky (22). Protože se podle ní budou pa-

cienti kódovat, je vhodné se pomalu na tuto novou kategorizaci připravovat.

Sympatickým rysem nové MKN-11 je zařazení nové jednotky **Pokles kognitivních funkcí související s věkem** s kódem MB21. 0. Jedná se ještě o normální (nepatologické) zhoršení vyšších korových funkcí, jako je myšlení, uvažování, chápání, kalkulace, učení, jazyk a úsudek.

Mírná neurokognitivní porucha pod kódem 6D71 je charakterizována mírným poškozením jedné nebo více kognitivních domén ve srovnání s tím, co se očekává vzhledem k věku jedince a obecné premorbidní úrovni kognitivních funkcí, což představuje pokles oproti předchozí úrovni fungování jedince. Diagnóza je založena na informaci od pacienta, blízké osoby nebo klinickém pozorování a je doprovázena objektivním důkazem poruchy kvantifikovaným klinickým hodnocením nebo standardizovaným kognitivním testováním. Kognitivní postižení není dostatečně závažné, aby významně narušilo schopnost jedince vykonávat činnosti související s osobním, rodinným, sociálním, vzdělávacím a/

Obr. 1. Kognitivní syndromy ve stáří a jejich rozdíly podle stavu kognitivních funkcí a soběstačnosti



nebo pracovním fungováním nebo jinými důležitými funkčními oblastmi. Kognitivní poškození nelze připsat normálnímu stárnutí a může být stacionární, progresivní nebo se může normalizovat nebo zlepšit v závislosti na základní příčině nebo léčbě. Kognitivní porucha může být způsobena základním získaným onemocněním nervového systému, traumatem, infekcí nebo jiným chorobným procesem postihujícím mozek, užíváním specifických látek nebo léků, nutričním deficitem nebo expozicí toxinům, nebo může být etiologie nejasná. Poškození není způsobeno současnou intoxikací nebo abstinencí.

Demence podle MKN-11 je charakterizována přítomností výrazného deficitu ve dvou nebo více kognitivních doménách ve srovnání s tím, co se očekává vzhledem k věku jedince a obecné premorbidní úrovni kognitivních funkcí, což představuje pokles oproti předchozí úrovni fungování jedince. Porucha paměti je přítomna u většiny forem demence, ale kognitivní porucha není omezena na paměť. Dochází k poškození v jiných oblastech, jako jsou exekutivní funkce, pozornost, jazyk, sociální kognice a úsudek, psychomotorická rychlost, zrakově-prostorové schopnosti. Někdy se mohou vyskytovat neuropsychiatrické příznaky. Kognitivní poruchu

nelze připsat normálnímu stárnutí a je dostatečně závažná, aby významně narušila nezávislost jednotlivce při vykonávání činností běžného života. Předpokládá se, že kognitivní porucha je způsobena základním získaným onemocněním nervového systému, traumatem, infekcí nebo jiným chorobným procesem postihujícím mozek, nebo užíváním specifických látek nebo léků, nutričním deficitem nebo expozicí toxinům nebo etiologie může být neurčena. Demence není způsobena současnou intoxikací nebo abstinencí. Pro obecnou demenci není již zvláštní kód, ale vyžaduje se rozlišovat podle příčin demence kódy GD80-86, 8Y a 8Z.

Doporučení pro praxi – stoj za zapamatování

Mezi základní **kognitivní funkce** patří paměť, exekutivní schopnosti, řeč a další symbolické funkce a zrakově-prostorové schopnosti. Pro vyšetření kognitivních funkcí jsou k dispozici rychlé testy do pěti minut. Z internetových stránek lze volně stáhnout dva inovativní a původní české kognitivní testy **Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)** a **Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV)** umožňující zjistit mírné kognitivní deficity. K dalším krát-

kým testům patří testy **slovní produkce zvířat nebo od určitého počátečního písmene, Test kreslení hodin nebo Mini-Cog**. Pro komplexní zhodnocení pacientových schopností je důležitá **soběstačnost**. Aktivitu běžného života rozdělujeme na **instrumentální** a **základní**. Zjišťujeme je **rozhovorem** nebo dotazníkovými metodami s pacientem, ale pokud možno hlavně s jeho blízkou osobou. **Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ** je osvědčeno a užitečnou metodou, kterou lze volně stáhnout z internetových stránek. Na základě zhodnocení kognitivních funkcí a soběstačnosti je možné členit kognitivní syndromy ve stáří především do tří hlavních kategorií: **subjektivní stížnosti na poruchy paměti** (normální kognitivní funkce), **mírná kognitivní porucha** (narušeny kognitivní funkce, nikoli soběstačnost) a **demence** (ne-soběstačnost). Používání jednotné terminologie a sdílení metodik umožní lepší komunikaci mezi lékaři různých odborností a dalšími odborníky věnujícími se kognitivním poruchám.

Práce byla podpořena projekty COOPERATIO, granty Ministerstva zdravotnictví ČR s reg.

č. NV18-07-00272 a NV19-04-00090 a grantem Ministerstva průmyslu a obchodu v programu Trio FV40032, CleverAge Biota.

LITERATURA

1. Zvěřová M. Novinky v gerontopsychiatrii. Psychiatr. praxi. 2019; 20(3): 108–110.
2. Janoutová J, Kovalová M, Ambroz P et al. Alzheimerova choroba jako výzva pro veřejné zdravotnictví. Psychiatr. praxi. 2019; 20(3): 139–141 | DOI: 10.36290/psy.2019.032.
3. Bajtošová R, Holmerová I, Rusina R. Nové pohledy na léčbu demence. Psychiatr. praxi. 2021; 22(3): e15–e25 [Neurol. praxi 2021; 22(3): 194–200].
4. Prokopová I. Farmakoterapie Alzheimerovy demence a přidružených neuropsychiatrických symptomů – 1. část. Psychiatr. praxi. 2018; 19(1): 7–10 | DOI: 10.36290/psy.2018.002.
5. Prokopová I. Farmakoterapie Alzheimerovy demence a přidružených neuropsychiatrických symptomů – 2. část. Psychiatr. praxi. 2018; 19(2): 58–63 | DOI: 10.36290/psy.2018.014.
6. Bartoš A, Raisová M. Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá Fronta 2019: 182 s.
7. Bartoš A. Dvě původní české zkoušky k vyšetření paměti za tři minuty: Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA). Česk Slov Neurol N. 2019; 82(4): 420–429.
8. Bartoš A, Diondet S. Test Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA) – druhá verze a opakovaná vyšetření. Česk Slov Neurol N. 2020; 83/116(5): 535–543. doi: 10.14735/amcsnn2020535.
9. Bartoš A. Test pojmenování obrázků a jejich vybavení

- (POBAV). Certifikovaná metodika Ministerstvem zdravotnictví ČR 2017. Osvědčení č. 1 pod Č. j. MZDR 43 700/2017/VLP. In: www.mzcr.cz [on-line]. [cit. 9-11-2017]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/test-pojmenovani-obrazku-a-jejich-vybaveni-pobav/>.
10. Bartoš A, Polanská H. Správná a chybná pojmenování obrázků pro náročnější test písemného Pojmenování obrázků a jejich vybavení (dveřní POBAV). Česk Slov Neurol N. 2021; 84/117(2): 151–163. doi: 10.48095/cccsnn2021151.
11. Bartoš A. Pamatujte na POBAV - krátký test pojmenování obrázků a jejich vybavení sloužící ke včasnému zachytu kognitivních poruch. Neurolog. praxi. 2018; 19(Suppl.1): 5–14.
12. Bartoš A. Netestuj, ale POBAV: písemné záměrné Pojmenování Obrázků A jejich Vybavení jako krátká kognitivní zkouška. Česk Slov Neurol N. 2016; 79/112(6), 671–679.
13. Bartoš A. Inovativní a původní české kognitivní testy Amnesia Light and Brief Assessment a Pojmenování obrázků a jejich vybavení a vyšetřovací metody v diagnostice kognitivních poruch a demencí. Med. praxi. 2022;19(1): 50–57.
14. Bartoš A. ALBA and PICNIR tests used for simultaneous examination of two patients with dementia and their adult children. Česk Slov Neurol N 2021; 84/ 117(6): 583–586.
15. Matějovská Kubešová H, Býma S. Demence. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018.

16. Šimandl O, Bartoš A, Belasová M, Mariničová V. Cesta osob s poruchami paměti z lékárny do ordinace aneb Od teorie k praxi. Praktické lékařství. 2022, 18(1): 34–41. DOI: 10.36290/lek.2022.005.
17. Šimandl O, Bartoš A, Belasová M. Unikátní projekt vyšetření paměti v českých lékárnách k časné detekci Alzheimerovy nemoci a kognitivních poruch různé etiologie. Prakt. lékař. 2020; 16(4): 216–220.
18. Bartoš A, Janoušek M, Petroušová R, Hohnová M. Tři časy Testu kreslení hodin hodnocené BaJa skórováním u časné Alzheimerovy nemoci. Česk Slov Neurol N. 2016; 79/112(4): 406–412.
19. Bartoš A, Martínek P, Bezdiček O, Buček A, Řípová D. Dotazník funkčního stavu FAQ-CZ – česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. Psychiatr. praxi. 2008; 9(1):31–34.
20. Martínek P; Bartoš A. Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí. Česk Slov Neurol N. 2011; 74/107(6): 632–640.
21. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) dostupná z <https://mkn10.uizis.cz>.
22. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Available form: z <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> Available form: z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.