

ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

Plazmatický homocystein jako rizikový faktor pro demenci a Alzheimerovu nemoc

Teprve před několika lety byla objevena asociace mezi zvýšeným plazmatickým homocysteinem a změnami endotelu, oxidačním stresem, mikroangiopatií, aterosklerózou, beta-amyloidovou toxicitou a neuronální apoptózou. V poslední době se však ukázal vztah této plazmatické substance i k Alzheimerově nemoci. Studie v tomto ohledu byla provedena u 1092 pacientů, mezi nimiž převažovaly ženy, průměrný věk pacientů ve studii byl 76 let. Hladiny této aminokyseliny, která vzniká při odbourávání metforminu, byly sledovány po dobu osmi let, u 83 jedinců přitom šlo o Alzheimerovu nemoc.

Při hladině homocysteinu nad 14 $\mu\text{mol/l}$ bylo riziko nemoci dvojnásobné. Na tuto signifikantní souvislost neměl vliv ani věk, pohlaví, ApoE genotyp, jiné vaskulární rizikové faktory či plazmatické koncentrace folátu, vitaminů B₆ a B₁₂. Tato nová poznání mají nejen teoreticko-patofyziologický význam, ale i praktický význam co do léčby. Kyselina listová a uvedené vitaminy vedou k poklesu homocysteinu i ke snížení rizika vzniku demence tohoto typu.

Seshadri S, Beiser A, Selhub J, et al. N. Engl. J. Med. 2002; 7: 476-483. -BF-

Migréna zmáhá i děti

Děti představují relevantní podíl pacientů s chronickými bolestmi hlavy, přičemž trpí stejně těžce jako dospělí. O terapii migrény u dětí je však málo zpráv.

Bolesti hlavy sice neohrožují život, ale negativně ovlivňují kvalitu života. Lékaři však u dětí s medikamenty spíše zastávají zdrženlivý názor, až s léky vysloveně šetří, takže děti nejsou vždy adekvátně léčeny. To může u dětí vyvolat depresi, úzkostné stavy, poruchy spánku, noční pomočování aj. Stále přetrvává názor, že děti nepotřebují medikamenty proto, že ataky migrény u nich mají mírný průběh a jsou krátkodobé. Děti však mluví jinak, jejich bolesti totiž vykazují na škále bolesti vysokých hodnot.

Je pravda, že u asi třetiny dětí trvá migrenózní ataka méně než dvě hodiny, a to někdy odrazuje lékaře od léčby triptany, které by se měly užívat jen u déle trvajících bolestí. Mezitím však byla přece jen provedena studie se Zolmitriptanem a Sumatriptanem, která za přísných kritérií potvrdila efekt této léčby i u dětí. To svědčí přinejmenším o tom, že by se o této terapii mělo rozhodovat velmi individuálně a nevycházet z toho, že migrenózní bolest odezní u dětí dříve, než se dostaví efekt léku.

Dnes se nejspíše zastává názor, že bolesti, které si ce pomalu, ale brzy začnou ustupovat, by se měly léčit jen analgetiky, uznává se i Ibuprofen v dávce 10 mg na kilogram tělesné hmotnosti. Kombinace tohoto léku s antiemetiky nepřinesla větší efekt. U těžkých záchvatů s akutním nástupem nebo při neúčinnosti analgetik jsou i u dětí indikovány triptany. Nejlepších výsledků se dosahuje se Sumatriptanem ve formě nosního spreje a se Zolmitriptanem ve formě rozpustných tablet.

Důležitý je kontakt lékaře s rodiči takto nemocných dětí. Rodiče by měli být přesně informováni, jak podle současného migrenózního stavu správně terapeuticky postupovat. To vše vyžaduje potřebný čas, který je asi tak dlouhý, jako u dětí s fokálními epileptickými záchvaty.

Überall M. Ärztl. Praxis. 2002; 96: 11. -BF-

Každý šestý pacient s depresí si bere život

Příčinou je zpravidla pro pacienta subjektivně pocíťovaný neřešitelný problém. V roce 2000 si vzalo v Německu život asi 11 tisíc takto nemocných pacientů, což je více než činí počet smrtelných dopravních nehod.

Nejvíce jsou ohroženi pacienti s depresí, schizofrenici a návykoví pacienti či jedinci s dialýzou. Velkou roli hrají i přítomná nádorová onemocnění.

K nejvyššímu počtu sebevražd dochází po propuštění z kliniky, a to nejčastěji psychiatrické. K suicidiu více inklinují staří lidé, z lékařů pak nejčastěji anesteziologové a po nich psychiatři. Více než třetina sebevrahů svoje rozhodnutí se skončením života předem avizuje, každý druhý navštíví v posledním měsíci před sebevraždou svého lékaře, a to především pro spánkové poruchy či tělesné potíže. Každý suicidální pacient skrývá svoje pocity nejen před okolím, ale i před sebou samým. Problémy takového pacienta by se neměly bagatelizovat, ale měly by se mobilizovat jeho vlastní síly. Často pomůže připomínka, že pacient se s podobnou situací už alespoň jednou vyrovnal. Čím častější jsou u pacienta „suicidální fantazie“, tím je riziko sebevraždy vyšší. Ústavní léčení je nutné u suicidálních pacientů s alkoholovou intoxikací či s psychickými onemocněními. Někdy pomůže i ambulantní pomoc, pohovory s lékařem by měly být potřebně časté, pacient by měl mít možnost dovolat se na místo reálné pomoci. Přítomnost lidí z blízkého okolí při řešení starostí potenciálního sebevraha je smysluplná, možná je ale jen po předchozím souhlasu tohoto rizikového pacienta. S touto pomocí by se nikdy nemělo podnikat nic „za jeho zády“.

Beine KH. Ärztl. Praxis. 2002; 98: 10. -BF-

Časná diagnostika a terapie Alzheimerovy nemoci

Demence, a to včetně Alzheimerovy formy (AD), jsou v rutinní ambulantní praxi často poddiagnostikovány. Důvody se nejčastěji spatřují v tom, že mezi lékaři je malá důvěra v terapeutický efekt u této nemoci, dále v tom, že důkladné vyšetření těchto pacientů je časově a finančně nákladné.

Alzheimerova forma je nejčastější formou demencí a je také příliš pozdě poznávána a léčena. Důležitost časná diagnostiky vyplývá i z toho, že při spoluvýskytu internistických či maligních onemocnění, ale hlavně neurologických onemocnění, jakým je např. mozkový infarkt, jsou tyto nemoci demenčním syndromem nepříznivě ovlivněny z hlediska jejich prognózy. Zkušenosti ukazují, že moderní léčebné modalitě zpomalují progresi AD, a to zvláště v časném stadiu nemoci. Velký počet pacientů si tak zachovává

určitou denní samostatnost a odsunuje se doba, kdy je pacient odkázán na pomoc nejbližšího okolí či musí být hospitalizován.

Prevalence Alzheimerovy demence dosahuje u starých jedinců 40 % a výše, ale jen málo praktiků provádí vlastní screening co do deficitu kognitivních schopností nemocných jedinců. Někdy se správná diagnóza s určitostí stanoví až při přítomnosti velmi limitujících příznaků. Při stavu, kdy ještě není nijak výrazně ovlivněna kompetence pacienta během všedního dne, se pak mluví o tzv. mild cognitive impairment. Už dělení pacientů podle výše rizika dovoluje racionální „předvolbu“, do této skupiny patří pacienti nad 65 let, pacienti s depresí, s onemocněním centrální nervové soustavy, pacienti po mozkolebečním poranění a jedinci s pozitivní rodinnou anamnézou. Nepatří-li pacient ani do jedné z těchto skupin, pak zpravidla nejde o Alzheimerovu nemoc. Patří-li však pacient do některé ze skupin a nemá kognitivní poruchy, ale má jiné potíže, pak nesmí být přehlédnuta možná přítomnost dementního onemocnění. Z těchto hledisek by se také měla věnovat velká pozornost údajům osob z nejbližšího okolí pacienta.

V rámci screeningových testů je popsán MMST test (mini mental status test), DEM-TEST a tzv. hodinový test s nákresem časového údaje pacienta aj.

Terapie je přes velký pokrok stále jen symptomatická. Existují však léky, po nichž dojde ke zlepšení dementní symptomatiky. K terapeutickým cílům patří to, aby byl pacient schopen postarat se sám o sebe, měl by mít přijatelnou finanční situaci, dostačující paměť a řeč. Totéž se týká i orientace. Důležité jsou změny sociálního chování a konečně otázka určitého plánování vlastních základních povinností, jako je denní nákup, příprava jídla, užívání léků, vyřizování úředních záležitostí atd.

Dosavadní symptomatická léčba bude v budoucnosti jistě nahrazena kauzální terapií tak, aby se průběh nemoci zpomalil či zcela zastavil. Není ale jisté, zda selepší i symptomy nemoci. Tato nemoc by neměla být ve společnosti tabuizována. Splnění všech cílových úkolůlepší i péči o takto nemocné jedince.

Kohler J, Riepe MW, Jendroska K, et al. Fortschr. Med. 2002; 120, 4: 135-141. -BF-

Je alkoholový návyk závislý na salsolinolu?

Dnes existují podněty pro to, že salsolinol má podle své koncentrace v mozku vliv na touhu po alkoholu. Tato substance je tvořena určitým enzymem, jehož genetickou informaci ale nevlastní každý člověk.

Zatím nebylo jasné, nakolik hrají při vzniku či udržování alkoholového návyku roli genetické komponenty. Nyní se však zjistilo, že určitou roli v tomto ohledu hrají neurochemické substance jako již jmenovaný salsolinol. Tvorba této substance závisí na určitém enzymu. Jedinci, kterým tato genetická informace chybí, tvoří jen malé množství této substance a propadají alkoholu v podstatně menší míře než ostatní. Uvedená substance se v mozku tvoří z aldehydu, který vzniká při odbourávání alkoholu, a z dopaminu. Vědci zastávají názor, že alespoň částečně se na tvorbě této substance podílí určitý enzym. V pokusu se ukázalo, že podání této substance vede u zvířat k vyššímu konzumu alkoholu. Salsolinol existuje ve dvou variantách a v malém množství se tvoří spontánně bez pomoci enzymu, a to v případě, kdy se citovaný aldehyd setká s dopaminem. Posledním poznatkem je, že forma R této substance je v návykovém centru mozku dvojnásobně vyšší než forma S, což podle expertů nasvědčuje tomu, že alespoň část této nové substance je tvořena nějakým dosud neznámým enzymem.

Musshof F. Ärztl. Praxis, 2001; 53, 37: 8. -BF-