

# A dementia ellátása a háziiorvosi gyakorlatban

Zsuffa János András dr.<sup>1, 2</sup> ■ Kalabay László dr.<sup>1, 3</sup> ■ Katz Sándor dr.<sup>2, 4</sup>  
Kamondi Anita dr.<sup>2, 5</sup> ■ Csukly Gábor dr.<sup>2, 6</sup> ■ Horváth András Attila dr.<sup>2, 4</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet, Neurokognitív Kutatási Központ, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Budapest

<sup>4</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézet, Budapest

<sup>5</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Neurológiai Klinika, Budapest

<sup>6</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

A dementiaiban szenvedő betegek kezelése, gondozása komplex feladat, amely az egészségügyi alap- és szakellátás mellett a szociális ellátórendszer és a szakápolási szolgálatok együttműködése által valósulhat meg. A háziorvos kulcsszereplő a dementia kialakulásának megelőzésében, szűrésében, kezelésében és gondozásában is. Célunk a korszerű dementiaellátás háziiorvosi aspektusainak a különféle prevenció szinteken keresztül történő bemutatása. A páciensek egészséges életmódra történő nevelése és cardiovascularis statusuknak optimalizálása csökkenti a dementia kialakulásának esélyét. Kiemelten foglalkoztunk a korai szűrés és szakorvoshoz utalás kérdésével, valamint a korszerű ellátáshoz szükséges, idejében megkezdett, egyénre szabott terápia fontosságával. A dementiaival érintett betegek háziiorvosi gondozásához hozzátartozik a betegség lefolyásának követése mellett a társbetegségek figyelemmel kísérése is, így a szövődmények csökkentésével mind a beteg, mind családja életminősége javítható. A családorvosoknak fontos feladatuk a beteget gondozó családtagok támogatása is. A jelenlegi magyarországi lehetőségek bemutatása mellett a közleményhez áttekintettük a nemzetközi szakirodalmat és a hazai szakmai irányelveket, amelyek folyamatos követése elengedhetetlen a minőségi betegellátáshoz.

Orv Hetil. 2023; 164(32): 1263–1270.

**Kulcsszavak:** dementia, prevenció, háziorvos, rizikócsökkentés, szűrés

## Care of dementia in the general practice

Treating and caring for people with dementia is a complex task, which can be achieved through cooperation between primary and specialist healthcare, social care and specialist care services. General practitioners are key players in the prevention, screening, treatment and care of dementia. Our aim was to present the general practitioner's aspects of modern dementia care through different levels of prevention. Educating patients to lead a healthy lifestyle and optimising their cardiovascular status reduces the risk of developing dementia. Emphasis was placed on early screening and referral to a specialist, and the importance of timely, individualised therapy for modern care. General practitioner's care of patients with dementia includes monitoring the progression of the disease as well as co-morbidities so that the quality of life of both the patients and their family can be improved by reducing complications. Family doctors also have an important role to support family members who care for the patient. In addition to presenting the current possibilities in Hungary, we reviewed the international literature and national guidelines, which must be followed continuously to ensure quality patient care.

**Keywords:** dementia, prevention, general practitioner, risk reduction, screening

Zsuffa JA, Kalabay L, Katz S, Kamondi A, Csukly G, Horváth AA. [Care of dementia in the general practice]. Orv Hetil. 2023; 164(32): 1263–1270.

(Beérkezett: 2023. március 30.; elfogadva: 2023. május 6.)

## Rövidítések

ACE = (Addenbrooke's Cognitive Examination) Addenbrooke Kognitív Vizsgálat; ARB = (angiotensin receptor blocker) angiotenzin-II-receptor-blokkoló; BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása; BPSD = (behavioral and psychological syndromes in dementia) demenciában előforduló viselkedési és pszichés tünetek; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; CSF = (cerebrospinal fluid) cerebrospinalis folyadék; CT = (computed tomography) komputer-tomográfia; DSM-5 = (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition) Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, ötödik kiadás; FDG = fluor-dezoxiglükóz; MCI = (mild cognitive impairment) enyhe kognitív zavar; MMSE = (Mini-Mental State Examination) Mini Mentál Teszt; MoCA = (Montreal Cognitive Assessment) Montreal Kognitív Felmérés; MRI = (magnetic resonance imaging) mágneses rezonanciás képalkotás; NCD = (neurocognitive disorder) neurokognitív zavar; PET = pozitronemissziós tomográfia; SCD = (subjective cognitive decline) szubjektív kognitív hanyatlás; SMI = (subjective memory impairment) szubjektív memóriakárosodás; SPECT = (single photon emission computed tomography) egyfoton-emissziós komputertomográfia

Az időskori kognitív hanyatlást okozó betegségek – major neurokognitív betegségek – nemcsak az egyént és családját érintik, hanem az egész társadalomra is egyre jelentősebb egészségügyi, szociális és gazdasági terhet róhatnak [1, 2].

A világon közel 55 millió ember szenved demenciában, becslések szerint ez a szám 2050-re 139 millióra emelkedhet [3]. Így várhatóan az idősök halálozásának és megbetegedésének legfőbb okai a major neurokognitív betegségek lesznek, s ezáltal a demencia és az ahhoz kapcsolódó ellátások jelentős kihívás elé állítják a társadalmat a következő évtizedekben [4].

Európában – a gazdaságilag fejlett társadalmaknak megfelelő módon – noha csökken a demencia életkor-specifikus incidenciája, az egyre nagyobb arányú idős lakosság miatt a demens betegek számának további növekedése prognosztizálható [5].

Magyarországon jelenleg nem áll rendelkezésre dementiaregiszter, így a hazai epidemiológiai adatok hiányosak. A kognitív hanyatlás tüneteit tapasztaló betegek egy jelentős része nem fordul orvoshoz, ezáltal a demenciát gyakran nem is diagnosztizálják [6]. Ráadásul a jelenleg is használatos BNO-10-es rendszerben feltehetően gyakran pontatlan diagnózis kerül feltüntetésre. A neurokognitív betegségek differenciáldiagnosztikája rendkívül komplex feladat, számos esetben csak követéssel, ismételt vizsgálatokkal biztosítható. Különböző számítási módszerek, becslések alapján Magyarországon kb. 140–250 ezer a demenciában szenvedő betegek száma [6–8]. Az érintett betegek hozzátartozóival, ápolóival együtt elmondható, hogy Magyarországon akár 1 millió ember életére lehet hatással a betegség.

## A kognitív hanyatlás különböző spektrumai

A demencia klinikai szindrómát jelölő gyűjtőfogalom, amelyet a magasabb szintű gondolkodási folyamatoknak az agy organikus betegsége következtében kialakuló romlása jellemez.

A kognitív deficithez (memória-, figyelem- és tanulási zavar, a végrehajtó funkciók zavara, tér-vizuális zavar, a nyelvi funkciók zavara) – részben a lebenytünetek jelenségeként – gyakran társulnak viselkedési és pszichés tünetek (BPSD) (agresszió, agitáltság, hallucináció, szorongás, depresszió, apátia), illetve egyéb fizikális és neurológiai eltérések (járás-, beszéd-, alvászavar, incontinentia stb.). A demencia szerteágazó klinikai tüneteit az 1. táblázat foglalja össze.

A demenciában szenvedő betegeknél az életkor és az iskolázottság mellett elvárható kognitív funkciókban objektívizálható a károsodás neuropszichológiai tesztekkel. A klinikai képet tartós és progresszív hanyatlás jellemzi, amely akadályozza a beteget önálló, mindennapi életvitelében. A gondolkodás zavarát nem delírium vagy más mentális betegség (például depresszió vagy schizofrenia) okozza.

A kritériumokat tartalmazó, 2013 óta használatos DSM-5 kézikönyv bevezette a neurokognitív zavar (neurocognitive disorder – NCD) definícióját: ez magában

1. táblázat | A demencia legfőbb klinikai tünetei

Kognitív zavar/lebenytünetek
Rövid/hosszú távú memóriazavar vagy amnézia
A tanulási képesség zavara
Összetett figyelemzavar
A végrehajtó funkciók zavara: döntéshozatal, ítéletalkotás
A nyelvi funkciók zavara: anomia, szemantikus deficit
A tájékozódás zavara (a tér-vizuális percepció és kogníció zavara)
A szociális kogníció zavara
Afázia, apraxia, agnózia, alexia, agráfia
Viselkedési és pszichés tünetek (BPSD)
Affektív tünetek: szorongás, depresszió, apátia, eufória
Pszichotikus tünetek: hallucinációk, érzéki csalódások, delúziók, miszidentifikációk
Nyugtalanág: agitáltság, agresszivitás, éjszakai nyugtalanág, elköborlás
Gátlástalanág, céltalanág, szociális elszigetelődés, paranoia, személyiségváltozás
Egyéb eltérések
Motoros eltérések: testtartás-, járászavar, ágyhoz kötöttség
Vegetatív eltérések: incontinentia
Alvászavar: megváltozott alvás-ébrenléti ciklusok, a REM zavara
Parkinsonizmus, myoclonus, epilepszia, dysarthria, dysphagia

REM = gyors szemmozgás

foglal minden olyan betegséget, amelyben az alapvető károsodás a kognitív funkciókat érinti, s a korábbi szint-hez képest romlás tapasztalható. A DSM-5 két súlyossági szintet különít el: a major és az enyhe neurokognitív zavart. Az előbbi a gyakran stigmatizáló dementia, az utóbbi az enyhe kognitív zavar megnevezést váltja fel. A vizsgált hat kognitív terület: összetett figyelem, végrehajtó funkciók, tanulás és memória, nyelvi készségek, vizuális percepció és konstrukció, valamint szociális kogníció. A major neurokognitív zavaron belül megkülönböztetünk enyhe, közepes és súlyos altípust [9].

A tünetegyüttest számos betegség, mai tudásunk szerint közel 100 kórallapot okozhatja. A dementia kialakulásának kockázatát és tüneteit a társuló patológiai kórfolyamatok, mint például a vascularis károsodás, jelentősen befolyásolják [10]. A 65 év felettiek dementiajának kétharmadért az Alzheimer-kór felelős, amelyet a vascularis, illetve a kevert típusú, a Lewy-testes, a frontotemporalis dementia követ a gyakorisági sorban [11]. A 2. táblázat a dementiát okozó leggyakoribb kórképeket mutatja be [12].

A dementia kialakulása akár több évtizeden át zajló folyamat lehet. Az állapotot gyakran megelőzi az enyhe kognitív zavar (mild cognitive impairment – MCI), amely során a kognitív deficit még nem akadályozza a mindennapi tevékenységekkel kapcsolatos önállóságot, ám ahhoz nagyobb erőfeszítés, kompenzátoros stratégia szükséges – így a dementia diagnosztikai kritériumai még nem teljesülnek –, de a kognitív deficit az arra érzékeny neuropszichológiai tesztekkel már kimutatható. Az MCI lehet amnesztikus vagy nem amnesztikus, illetve egy vagy több területet érintő [13]. Az MCI klinikai jelentőségét az adja, hogy ebben az állapotban az átlaghoz képest 1–4% helyett 10–15%-os az évenkénti dementiakonverziós ráta [14].

Az MCI diagnosztikai kritériumainak teljesülése előtti szubjektív kognitív hanyatlás (subjective cognitive decline – SCD) során a páciens észleli ugyan a kognitív hanyatlását, de neuropszichológiai tesztekkel még nem objektivizálható a mentális hanyatlás [15]. Az SCD-t az Egészségügyi Szakmai Kollégium „A demencia kórismézése, kezelése és gondozása” című, 2022-ben kiadott szakmai irányelve megemlíti szubjektív memóriakárosodásként (subjective memory impairment – SMI) mint számos esetben akár „normálisnak” tekinthető, időnként másodlagos folyamat (például depresszió) által kiváltott állapotot [16]. A szakirodalom az SCD kritériumokként említi a kognitív hanyatlás rizikóját fokozó tényezőket, s leírja reverzibilis, stabil, illetve progresszív altípusait [17].

## A háziorvos szerepe a dementiaprevencióban

Magyarországon az egészségügyi alapellátásban a háziorvosi ellátórendszer jelentősége esszenciális. Területi elv alapján, lakossághoz közeli ellátást nyújtva tölti be kapu-

2. táblázat | A dementiát okozó leggyakoribb kórképek etiológiai felosztása (Szirmai Imre Neurológia tankönyve alapján) [12]

Primer degeneratív betegségek
Alzheimer-kór
Frontotemporalis lobaris degeneráció
Parkinson-kór
Diffúz corticalis Lewy-testes betegség
Progresszív supranuclearis bénulás
Corticobasalis degeneráció
Huntington-kór
Cerebrovascularis betegségek
Lacunaris encephalopathia
Multiinfarktusos dementia
Transiens globalis ischaemia
Stratégiai infarktusok
Fertőző betegségek
Vírusos encephalitis
Bakteriális meningitis
Neurosyphilis
HIV-fertőzés
Prion- és lassúvírus-betegségek
Anyagcsere-betegségek
Diabetes mellitus
Hypothyreosis
Hepaticus encephalopathia
Dialízisdementia
Hiánybetegségek
B <sub>12</sub> -vitamin-hiány
Folsavhiány
Wernicke–Korsakov-encephalopathia (B <sub>1</sub> -vitamin)
Pellagra-encephalopathia (B <sub>3</sub> -vitamin)
Egyéb
Agydaganatok
Normális nyomású hydrocephalus
Trauma
Fehérállomány-betegségek
Gyógyszeres kezeléshez kapcsolódó

HIV = emberi immunhiányt előidéző vírus

őri szerepét az egészségügyben. A háziorvosi rendszer folyamatos átalakulásban van; évek óta egyre nagyobb számban vannak tartósan betöltetlen, helyettesítéssel ellátott körzetek, a praxisban dolgozó háziorvosok átlagéletkora fokozatosan nő (<https://okfo.gov.hu/>, <https://www.neak.gov.hu/>), általános egészségi állapotuk elmarad a hazai lakosság átlagától [18]. A háziorvosok napi munkája során az egyre növekvő adminisztratív terhek mellett, az akut betegségek ellátásán, a krónikus betegek gondozásán túlmenően, az utóbbi néhány évti-

zedben egyre nagyobb – bár még mindig közel sem elegendő – hangsúlyt kaptak a prevenciós feladatok.

A demenciát okozó betegségek kb. 80%-a nem gyógyítható, ugyanakkor a betegség lezajlása lassítható, minőségibb életet biztosítva a betegeknek és hozzátartozóiknak [19]. A világon száznál is több gyógyszerkutatás zajlik, eddig azonban csekély terápiás siker született [20]. A betegség oki kezelése nincs megoldva, a progressziót lassító gyógyszeres kezelés lehető legkorábbi megkezdése nyújthatja a leginkább előnyös hatást [21]. A jelenlegi tudományos álláspont alapján a demencia gyakoriságának csökkenése különféle dementiaprevenciós stratégiák kidolgozásától és alkalmazásától várható, hiszen a betegség kialakulása az esetek több mint harmadában megelőzhető lenne [22]. Az EU-FINGERS Konzorcium európai vezető kutatókat egyesítve célul tűzte ki a demencia, illetve az Alzheimer-kór megelőzési lehetőségeinek fejlesztését, valamint közös európai kutatási programok és klinikai irányvonalak kialakítását [23]. A konzorciumhoz Magyarország is csatlakozott, ezzel jelentős lépést tett a nemzeti dementiaprevenciós stratégia kialakításához (<https://eufingers.com/>).

A háziorvosoknak lakossághoz közeli helyzetükből adódóan kulcsszerepük van a prevenció különböző szintjeinek megvalósításában, az elmúlt években a demencia prevenciója is egyre hangsúlyosabbá vált [24].

## Primer dementiaprevenció

A primer prevenció célja a demencia kialakulási esélyének csökkentése (a rizikófaktorok számának mérséklésével) betegegyüttműködéssel, egészségügyi felvilágosítással.

A kognitív hanyatlásnak számos kockázati tényezője ismert. A cardiovascularis rizikófaktorokhoz hasonlóan ezek egy része nem változtatható meg (életkor, női nem, genetikai tényezők). A demencia kialakulásának egyik leglényegesebb rizikótényezője az öregedés: 65 év felett a demencia rizikója 5 évente megduplázódik. A demenciák közel kétharmadáért felelős Alzheimer-kórban a nők kétszer gyakrabban betegszenek meg, mint a férfiak. A genetikai tényezőknek elsősorban a korai kezdetű, családi halmozódást mutató demencia kialakulásában van jelentőségük [25].

A demencia befolyásolható kockázati tényezői a következők: alacsonyabb iskolai végzettség, magas vérnyomás, halláscsökkenés, dohányzás, elhízás, depresszió, mozgásszegény életmód, cukorbetegség, szociális izoláció, túlzott mértékű alkoholfogyasztás, eszméletvesztéssel járó fejsérülés, légszennyezés. A fenti 12 kockázati tényező mérséklésével a demencia kialakulása az esetek közel 40%-ában megelőzhető vagy késleltethető lenne [26].

Korántsem tisztázott, hogy az egyén szintjén mely tényezők szerepe jelentősebb a betegség kifejlődését, lefolyását, progresszióját illetően. A probléma komplexebb megértéséhez megoldásul szolgálhatnak azon longitudinális vizsgálatok, amelyek nem csupán a hagyományos rizikófaktorokat vizsgálják.

A fentiekén keresztül, a páciensek egészségtudatosságának fejlesztése mellett, a szív- és érrendszeri, valamint a metabolikus betegségek megelőzésével és kezelésével a demencia kialakulásának esélye is csökkenthető. A háziorvosok szerepe ebben kiemelkedő.

Az ország számos pontján működő praxisközösségekben, illetve egészségfejlesztési irodákban dolgozó szakemberek (dietetikus, gyógytornász, pszichológus, mozgásterapeuta) segítségével dementiarizikót csökkentő életmód-intervencióban részesülhetnek a páciensek.

A magasvérnyomás-betegség kezelése mérsékli a demencia kialakulásának kockázatát és a kognitív hanyatlás mértékét. Az egyes gyógyszercsoportok közül az angiotenzin-II-receptor-blokkolók (ARB-k) [27] és a dihidropiridin-tartalmú kalciumantagonisták bizonyultak a leghatékonyabbnak [28].

A FINGER intervenciós vizsgálat bizonyította, hogy a táplálkozási útmutatásból, testmozgásból, kognitív edzésből és az érrendszeri kockázati tényezők ellenőrzéséből álló multimodális életmódbeli beavatkozás elősegíti a kognitív hanyatlás megelőzését a demencia fokozott kockázatának kitett időseknek [29].

Sajnos az elmúlt években a COVID-19-pandémia és az ahhoz kapcsolódó intézkedések a világ számos országához hasonlóan Magyarországon is negatívan befolyásolták az idősek életmódját [30].

## Szekunder dementiaprevenció

A kóros állapot időben történő detektálása, a korai diagnózis a legtöbb betegség esetében döntő jelentőségű. Ez kampányszerűen vagy egyéni rizikó alapján, illetve gyanú vagy jelzés alapján történő, célzott szűrővizsgálatok szakszerű elvégzésével valósítható meg.

A demencia korai felismerése a nemzetközi dementiaprevenciós stratégiákban kiemelt szerepet kap. Magyarországon a különböző háziorvosi praxisközösségi formák lehetőséget nyújtanak a demencia, illetve az azt megelőző MCI szűrésére. A jogszabályi kötelezettség a praxisközösségekhez csatlakozott háziorvosi rendelők számára heti 4–5 óra dedikált prevenciós rendelési időt ír elő. Sajnos a betegforgalmi és az adminisztrációs leterheltség miatt ezt az időt még nem mindig tudják a háziorvosok prevenciós tevékenységekre fordítani.

Az alapellátásban a Mini Mentál Teszt (MMSE) [31] mellett az órárajzoló teszt [32], illetve a Mini-Cog teszt [33] végzése terjedt el a leginkább. Az említett tesztek szenzitivitása és specifitása eltérő, az MMSE nem elég szenzitív az MCI kiszűrésére [34]. A 27–28 pontos határérték felveti az MCI gyanúját. Fontos, hogy a kognitív vizsgálatot mindig az orvos végezze el, mindvégig figyelve a páciens a vizsgálat során. Sajnos a magyarországi háziorvosi ajánlás nem tartalmaz szűrési protokollt a demencia leggyakoribb formájára, az Alzheimer-kórra, csak a vascularis demencia 55 éves kor feletti szűrése szerepel benne (<https://alapellatas.okfo.gov.hu/>). Hosszabb, komplikáltabb, az MCI mérésére alkalmas



neuropszichológiai tesztek – mint például a Montreal Kognitív Felmérés (MoCA) [35], az Addenbrooke Kognitív Vizsgálat (ACE) [36] – csak elvétve használatosak az alapellátásban. Az önkitöltős kérdőívek közül a Test Your Memory [37] magyar nyelvű validálása megtörtént, használata azonban nem terjedt el.

A háziiorvosi praxisközösségben végzett „Három generációval az egészséggért” program keretében történt dementiaszűrés eredményei alapján a háziorvosok gyakran nem az ajánlott protokollnak megfelelően járnak el az elvégzett dementiaszűrés vizsgálat eredményeit követően [38]. Az aktuális eljárásrendek, ajánlások naprakész ismerete elengedhetetlen a minőségi háziiorvosi munkához. A háziorvosoknak a dementia témakörében történő képzése jelentős mértékben javíthatja a dementia szűréséhez és kezeléséhez történő hozzáállást [39]. A dementia gyanújelei sokszor nem kognitív, hanem különféle viselkedési és pszichés tünetekben (BPSD) nyilvánulnak meg, az akut hospitalizációk hátterében is gyakran ez áll.

Az MCI – mint a dementia előszobájának tekinthető állapot – időben történő kiszűrése és a beteg szakellátásba történő irányítása a háziorvos kiemelten fontos feladata. Sajnos a dementiaiban szenvedő betegek jelentős részét egyáltalán nem vagy már csak középsúlyos állapotban, komoly neuropszichológiai deficittel diagnosztizálják. Az időben megkezdett, egyénre szabott, progressziót lassító terápia elkezdésének szempontjából is kiemelendő a korai szűrés jelentősége, ezáltal javítható a beteg és családtagjai életminősége. A beteg és a hozzátartozó tájékoztatása a dementia korai detektálásának jelentőségéről és az időben megkezdett kezelés fontosságáról szintén háziiorvosi feladat.

A beteg fizikális, tájékozódó belgyógyászati és neurológiai vizsgálata mellett a háziiorvosi kompetenciákon belül rendelkezésre álló differenciáldiagnosztikai (laboratóriumi) vizsgálatok elvégzésével segítheti a háziorvos a beteg kivizsgálását, az esetleges szekunder eredet feltárását (például pajzsmirigy-alulműködés, folsav- és B<sub>12</sub>-vitamin-hiány).

Időszakosan ismételt kognitív vizsgálattal a korai stádiumú szellemi hanyatlásra is hamarabb fény derülhet a kognitív teljesítmény romlásának folyamatos detektálásán keresztül – egészségesek esetében 3–5 év, MCI esetén 1 év, dementia esetén fél év utánkövetéssel [40].

A neurológus vagy pszichiáter szakorvosi kompetenciába tartozó agyi elváltozások pontosabb kimutatását mágneses rezonanciás (MRI), pozitronemissziós tomográfias (PET) képalkotó vizsgálatok, illetve a liquorbiomarkerek analízise segítheti [9]. Gyakorlati tapasztalatok alapján hazánkban a dementiavizsgálás részeként számos esetben CT-vizsgálat készül, amely a modern ajánlások alapján nem alkalmas differenciáldiagnosztikai célokra ebben a betegcsoportban, továbbá felesleges sugárterhelésnek is kiteszi a beteget. Az MR-vizsgálat nagy szenzitivitással és specifitással rendelkezik a dementia kivizsgálásában, ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy speciális protokoll követendő, megfelelő szekvenciák

használatával, ami kiterjed a corticalis területek, a hippocampus és a kamrarendszer megítélésére, továbbá speciális pontrendszerek használatára (Fazekas-, Scheltens-, globalis corticalis atrophia, Koedam-skála) [41]. Az ilyen részletességű MR-vizsgálati leletezés hozzáférhetősége korlátozott hazánkban. Az FDG-PET-vizsgálattal az agy csökkent glükózanyagcseréje és véráramlása mérhető. Amiloid-PET, illetve tau-PET-vizsgálatok segítségével a központi idegrendszerben kórosan felhalmozódott fehérjék válnak kimutathatóvá. A PET-módszer magyarországi elérhetősége minimális, ugyanakkor a liquorvizsgálat helyett megfelelő alternatívát nyújthat. Az agyi véráramlást mérő SPECT-vizsgálatokkal a regionális agyi perfúziós eltérések ismerhetők fel, a mintázat az adott dementiatípusra jellegzetes karakterisztikát mutat [16]. A SPECT-vizsgálatok országsszerte hozzáférhetők, költségük a PET-módszerénél jóval alacsonyabb [42]. 2022 óta minden hazai neurológiai és pszichiátriai fekvőbeteg-ellátó osztály számára elérhető a liquoramiloid- és -tau-vizsgálat a Semmelweis Egyetem Laboratóriumi Medicina Intézetén keresztül (<https://semmelweis.hu/laboratorium/files/2023/01/20221024-Laborvizsgalatok-Alzheimer-feherje-vizsgalatok.pdf>).

## Tercier dementiaprevenció

A demens betegek komplex gondozását, a dementia progressziójának lassítását, a további szövődmények kialakulási esélyének csökkentését a tercier dementiaprevenció tevékenységei célozzák meg.

A dementiaiban szenvedők többsége polimorbid beteg, ellátásuk holisztikus szemléletet, csapatmunkát igényel [43]. A beteget gondozó neurológus, pszichiáter mellett a háziorvosnak is fontos szerepe van a demens beteg gondozásának folyamatában. A lakásukat elhagyni nem tudó betegek otthoni háziiorvosi látogatása jelenti sokszor az egyetlen személyes orvos-beteg kapcsolatot. A gyógyszer mellékhatásokkal, -interakciókkal kapcsolatos kérdések, problémák szakszerű megválaszolásához is fontos a háziorvos naprakész tudása. Fontos a hosszú távú gyógyszeresedés jelentőségének tudatosítása a betegben és a hozzátartozóban egyaránt [44].

Az Alzheimer-kór progresszióját lassító gyógyszereket (kolinészteráz-gátlók, glutamátregulátorok) a beteg állapotát követő neurológus vagy pszichiáter szakorvos írhatja fel. A készítmények tartós használata lassíthatja a kognitív hanyatlás mértékét, késleltetve a betegek leépülését [45]. Az evidenciákon alapuló dementiaellenes készítmények alkalmazása a háziorvosok tevékenységébe is beletartozik, külön figyelmet fordítva a kognitív hanyatlás stádiumának megfelelő terápia beállítására. Gyakorlati tapasztalatok alapján hazánkban túlságosan gyakran írnak fel alacsony evidenciájú készítményt is (például nootrop gyógyszer-csoport), ezek használata sok esetben mérséklendő. A viselkedészavarokra és egyéb pszichiátriai tünetekre ható készítmények alkalmazása jelentős életminőség-javulást jelenthet, így ezek evidenciaszintű

alkalmazása is kiemelten fontos. 2021 óta az Egyesült Államokban elérhető a korai fázisában diagnosztizált Alzheimer-kór terápiája béta-amiloid-ellenes monoklonális antitesttel (aducanumab és lecanemab) [46]. A demencia kezelésében használatos készítményeket a 3. táblázat foglalja össze.

A betegség lefolyásának követése mellett a társbetegségek gondozása is a háziorvos feladata. A dementiákhoz gyakran társuló viselkedési és pszichés tünetek (BPSD) szakmai ajánlásoknak megfelelő gyógyszeres kezelésében antidepresszívumok, antipszichotikumok, hangulatstabilizálók nyújthatnak segítséget [47]. Az idős betegek körében elterjedt, gyakran indokolatlan benzodiazepin-szedés is gyakran súlyosbítja a tüneteket. A BPSD-k korai felismerése és megfelelő kezelése csökkenti a betegek hospitalizációját, késlelteti intézeti elhelyezésüket. A betegek gondozásában, állapotuk követésében szakpszichológusok segítsége is hasznos lenne a terápiás lehetőségekben, illetve a családok és a segítők pszichológiai támogatásában.

A szociális ellátórendszerben a házi segítségnyújtás mellett a jelzőrendszeres segítségnyújtás is elérhető. Több területi idősklubban elérhető a dementiával élők nappali ellátása, ahol a betegek napközbeni étkeztetése is megoldott. Szakképzett dementia gondozók mellett a mozgás, zene- és fizioterápiának is fontos szerepe lenne a demencia progressziójának mérséklésében [48]. Háziorvosi kezdeményezésre, holland mintára, 2014-ben in-

dult útjára Magyarországon az Alzheimer Café, amely azóta országos hálózattá vált. Célja – a dementiában le- döntése mellett – segítő csoportként rendszeres találko- zási és ismeretterjesztési lehetőséget nyújtani a demen- tiában érintettek és hozzátartozók számára. Ezzel komoly szerepet tölt be a demens beteget gondozó csa- ládok életminőségének javításában is [49].

Az otthonában ápolt, dementiában szenvedő beteg biztonságos lakókörnyezetének (megvilágítás, kapaszkodók, járófelület) kialakítása is rendkívül fontos a megfelelő ruházat és segédeszközök használata mellett. A 21. században egyre több „okos” megoldás segítségével tehetjük biztonságosabbá a dementiában szenvedő betegeknek és nyugodtabbá a családtagoknak az életét (segélykérők, GPS-es karórák, gyógyszerek bevételére vagy étkezésre figyelmeztető alkalmazások, ajtónyitás- érzékelők, kamerák stb.) [50].

Az ágyban fekvő, súlyosan demens betegeknél fellépő, táplálási és folyadékbeviteli nehézségekkel, incontinen- tiával, decubitusok és szekunder fertőzések ellátásával kapcsolatos feladatok is a háziorvoshoz tartoznak [51]. Az otthoni szakápolási szolgálatok segítségével számos esetben elkerülhető az akut hospitalizáció is.

A háziorvosnak az önrendelkezéssel, életvégi dönté- sekkel, korlátozó intézkedésekkel kapcsolatos jogi ismeretekben való jártassága is fontos segítség a demens bete- get gondozó családok számára. A családorvosnak sok esetben a hozzátartozók felkészítése és pszichés támoga- tása is a feladata. A COVID-19-járvány alatt a gondo- zókra nehezedő terhek növekedése tovább nehezítette a családok helyzetét [52]. Az elérhető házi segítségnyúj- tással, szociális és szakápolással kapcsolatos lehetőségek ismertetésével, elrendelésével is lehetséges a gondozói teher mérséklése. Magyarországon tervezik és részletei- ben már kidolgozták a járásonkénti dementia-tanácsadó munkakör kialakítását. A dementia témakörében képzett szakember segíthet majd a családoknak és a hozzátarto- zóknak eligazodni az elérhető egészségügyi és szociális szolgáltatások között ([https://szocialisportal.hu/de- mencia-tanacsadok-segitik-a-csaladokat/](https://szocialisportal.hu/dementia-tanacsadok-segitik-a-csaladokat/)).

Optimális esetben, amíg a beteg állapota és a család helyzete lehetővé teszi, a demens betegek számára ideá- lisabb a családban történő ápolás. Demensotthonokban dementia gondozói szakképesítéssel rendelkező szakem- ber segíti a lakók hétköznapijait, sajnos a jól képzett szak- dolgozók hiánya jellemző. A legtöbb, demens betegeket fogadó, tartós bentlakásos intézménybe több hónaposak a várólisták, a gyakori hospitalizációk nehezítik a betegek végső ellátását.

## Következtetés

Magyarországon jelenleg nincs egységes demencia- prevenciós stratégia. A háziorvos az egészségügyi rend- szerben betöltött szerepéből adódóan kulcsszereplő a demencia kialakulásának megelőzésében, korai kiszű- résében, progressziójának lassításában, az előrehaladott

3. táblázat | A demencia terápiájában használatos készítmények

Az Alzheimer-kór progresszióját lassító terápia
Donepezil
Rivastigmin
Galanamin
Memantin
A dementiához társuló viselkedési és pszichés tünetek terápiájában alkalmazható antipszichotikumok
Tiaprid
Risperidon
Haloperidol
Antidepresszívumok
Szelektív szerotoninvisszavétel-gátlók (SSRI-k)
Nootrop szerek (alacsony evidenciájú készítmények)
Nicergolin
Piracetám
Vinpocetin
Ginkgo biloba
Béta-amiloid-ellenes monoklonális antitest (Magyarországon nem elérhető)
Aducanumab
Lecanemab

állapotú betegek gondozásában. A páciensek egészséges életmódra történő oktatása mellett a cardiovascularis statusuk optimalizálásával mérsékelhető a dementia kialakulásának esélye. Az MCI korai kiszűrését követően fontos a beteg mielőbbi szakellátásba történő irányítása, ahol megtörténhet az evidenciákra alapuló kivizsgálás és az optimális terápia megkezdése. A beteg állapotának folyamatos kontrollálása és a dementia progressziójának követése mellett a hozzátartozó támogatása is családos feladat.

## További megoldandó feladatok

Kiemelten fontos össztársadalmi feladat a dementiastigma feloldása, a betegség népegészségügyi jelentőségének hangsúlyozása és a hazai dementiaprevenciós stratégia kidolgozása. A háziorvosok folyamatos képzése és a dementiával kapcsolatos attitűdjük javítása mellett szükséges az egészségügyi alapellátás szakellátással történő kapcsolatának erősítése, az előjegyzési listák rövidítése. A korai, pontos, nemzetközi ajánlásoknak megfelelő, biomarker-alapú diagnosztika (MRI, CSF, PET, SPECT) egységes alkalmazására épülő, egzakt dementiakódolási rendszer használata nélkülözhetetlen a pontos országos dementiaregiszter létrehozásához. Az egészségügyi ellátórendszer mellett a szociális ellátórendszer erősítése, a hosszas intézeti elhelyezési várakozási idő csökkentése is feltétlenül szükséges.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* A szerzők azonos mértékben vettek részt az irodalomgyűjtésben, a kézirat megírásában és a táblázatok elkészítésében. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

## Irodalom

- [1] Wimo A, Guerchet M, Ali G-C, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement.* 2017; 13: 1–7.
- [2] Prince M, Wimo A, Guerchet M, et al. World Alzheimer report 2015. The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. *Alzheimer's Disease International (ADI)*, London, 2015. Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/> [accessed: April 2, 2023].
- [3] World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia. Geneva, 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344701> [accessed: April 2, 2023].
- [4] Patterson C. World Alzheimer report 2018. Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2018/> [accessed: April 2, 2023].
- [5] Wolters FJ, Chibnik LB, Waziry R, et al. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: the Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology* 2020; 95: e519–e531.
- [6] Egervári A, Kázár A, Kostyál A, et al. A modern view of dementia. [A demencia korszerű szemlélete.] Available from: [https://gokvi.hu/sites/default/files/file/2020/07/06/3G\\_A%20demencia%20korszer%C5%B1%20szeml%C3%A9lete.pdf](https://gokvi.hu/sites/default/files/file/2020/07/06/3G_A%20demencia%20korszer%C5%B1%20szeml%C3%A9lete.pdf) [accessed: March 24, 2023]. [Hungarian]
- [7] Érsek K, Kárpáti K, Kovács T, et al. Epidemiology of dementia in Hungary. [A demencia epidemiológiája Magyarországon.] *Ideggyógy Szle.* 2010; 63: 175–182. [Hungarian]
- [8] Balázs N, Ajtay A, Oberfrank F, et al. Dementia epidemiology in Hungary based on data from neurological and psychiatric specialty services. *Sci Rep.* 2021; 11: 10333.
- [9] Jack CR Jr., Bennett DA, Blennow K, et al. NIA-AA research framework: toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2018; 14: 535–562.
- [10] Balázs N, Kovács T. Heterogeneity of Alzheimer's disease. [Az Alzheimer-kór heterogenitása.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 970–977. [Hungarian]
- [11] Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and management of dementia: review. *JAMA* 2019; 322: 1589–1599.
- [12] Szirmai I. (ed.) *Neurology.* [Szirmai I. (szerk.) *Neurológia.*] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2017. [Hungarian]
- [13] Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis)*. 2016; 22: 404–418.
- [14] Bischoff J, Busse A, Angermeyer MC. Mild cognitive impairment – a review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 106: 403–414.
- [15] Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2014; 10: 844–852.
- [16] Medical College. Diagnosis, treatment and care of dementia. [Egészségügyi Szakmai Kollégium. A demencia kórismézése, kezelése és gondozása.] Available from: <https://kollegium.aec.hu> [accessed: March 24, 2023]. [Hungarian]
- [17] Jessen F, Amariglio RE, Buckley RF, et al. The characterisation of subjective cognitive decline. *Lancet Neurol.* 2020; 19: 271–278.
- [18] Mohos A, Varga A, Hargittay C, et al. Examination of the health status and health behaviors of Hungarian family physicians. [Magyar családorvosok egészségi állapotának, életmódjának vizsgálata.] *Orv Hetil.* 2021; 162: 449–457. [Hungarian]
- [19] World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva, 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543> [accessed: April 2, 2023].
- [20] Cummings J, Lee G, Nahed P, et al. Alzheimer's disease drug development pipeline: 2022. *Alzheimers Dement.* 2022; 8: e12295.
- [21] Coleman P, Federoff H, Kurlan R. A focus on the synapse for neuroprotection in Alzheimer disease and other dementias. *Neurology* 2004; 63: 1155–1162.
- [22] Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390: 2673–2734.
- [23] Kivipelto M, Mangialasche F, Snyder HM, et al. World-Wide FINGERS Network: a global approach to risk reduction and prevention of dementia. *Alzheimers Dement.* 2020; 16: 1078–1094.
- [24] Sadowsky CH, Galvin JE. Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *J Am Board Fam Med.* 2012; 25: 350–366.
- [25] Van der Flier WM, Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76(Suppl 5): v2–v7.



- [26] Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020; 396: 413–446.
- [27] Levi Marpillat N, Macquin-Mavier I, Tropeano AI, et al. Antihypertensive classes, cognitive decline and incidence of dementia: a network meta-analysis. *J Hypertens*. 2013; 31: 1073–1082.
- [28] Hussain S, Singh A, Rahman SO, et al. Calcium channel blocker use reduces incident dementia risk in elderly hypertensive patients: a meta-analysis of prospective studies. *Neurosci Lett*. 2018; 671: 120–127.
- [29] Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S, et al. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): study design and progress. *Alzheimers Dement*. 2013; 9: 657–665.
- [30] Zsuffa JA, Koszovác V, Berente DB, et al. Impact of the third wave of the COVID-19 pandemic on the lifestyle, mental and physical health of the Hungarian population over 60. [A COVID-19-pandémia harmadik hullámának hatása a 60 év feletti magyar lakosság életmódjára, mentális és fizikai egészségére.] *Orv Hetil*. 2022; 163: 1215–1223. [Hungarian]
- [31] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12: 189–198.
- [32] Agrell B, Dehlin O. The clock-drawing test. *Age Ageing* 1998; 27: 399–404.
- [33] Borson S, Scanlan JM, Chen P, et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51: 1451–1454.
- [34] Feher EP, Mahurin RK, Doody RS, et al. Establishing the limits of the Mini-Mental State. Examination of ‘subtests’. *Arch Neurol*. 1992; 49: 87–92.
- [35] Volosin M, Janacek K, Németh D. Adaptation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Hungarian for healthy older people with mild cognitive impairment and dementia. [A Montreal Kognitív Felmérés (MoCA) magyar nyelvű adaptálása egészséges, enyhe kognitív zavarban és demenciában szenvedő idős személyek körében.] *Psychiatr Hung*. 2013; 28: 370–392. [Hungarian]
- [36] Stachó L, Dudás R, Ivády R, et al. Addenbrooke’s cognitive examination: development of the Hungarian version. [Addenbrooke’s Kognitív Vizsgálat: a magyar változat kifejlesztése.] *Psychiatr Hung*. 2003; 18: 226–240. [Hungarian]
- [37] Koložvári LR, Kovács ZGy, Szöllősi GJ, et al. Validation of the Hungarian version of the Test Your Memory. [A Teszteld a Memóriádat (Test Your Memory) magyar változatának validálása.] *Ideggyógy Szle*. 2017; 70: 267–272. [Hungarian]
- [38] Vajer P, Jancsó Z, Csenter O, et al. Investigating cognitive impairment in communities of practice – lessons learned. [Kognitív funkcióromlás vizsgálata praxisközösségekben – tanulságok.] *Ideggyógy Szle*. 2022; 75: 185–190. [Hungarian]
- [39] Heim S, Busa C, Pozsgai E, et al. Hungarian general practitioners’ attitude and the role of education in dementia care. *Prim Health Care Res Dev*. 2019; 20: e92.
- [40] Solomon A, Kivipelto M, Molinuevo JL, et al. European prevention of Alzheimer’s dementia longitudinal cohort study (EPAD LCS): study protocol. *BMJ Open* 2018; 8: e021017.
- [41] Živanović M, Aracki Trenkić A, Milošević V, et al. The role of magnetic resonance imaging in the diagnosis and prognosis of dementia. *Biomol Biomed*. 2023; 23: 209–224.
- [42] Ferrando R, Damian A. Brain SPECT as a biomarker of neurodegeneration in dementia in the era of molecular imaging: still a valid option? *Front Neurol*. 2021; 12: 629442.
- [43] Tilburgs B, Vernooij-Dassen M, Koopmans R, et al. The importance of trust-based relations and a holistic approach in advance care planning with people with dementia in primary care: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2018; 18: 184.
- [44] El-Saifi N, Moyle W, Jones C, et al. Medication adherence in older patients with dementia: a systematic literature review. *J Pharm Pract*. 2018; 31: 322–334.
- [45] Rountree SD, Atri A, Lopez OL, et al. Effectiveness of antedementia drugs in delaying Alzheimer’s disease progression. *Alzheimer Dement*. 2013; 9: 338–345.
- [46] Shi M, Chu F, Zhu F, et al. Impact of anti-amyloid- $\beta$  monoclonal antibodies on the pathology and clinical profile of Alzheimer’s disease: a focus on aducanumab and lecanemab. *Front Aging Neurosci*. 2022; 14: 870517.
- [47] Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 543–546.
- [48] van der Steen JT, Smaling HJ, van der Wouden JC, et al. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 7: CD003477.
- [49] Merlo P, Devita M, Mandelli A, et al. Alzheimer Café: an approach focused on Alzheimer’s patients but with remarkable values on the quality of life of their caregivers. *Aging Clin Exp Res*. 2018; 30: 767–774.
- [50] Moyle W, Murfield J, Lion K. The effectiveness of smart home technologies to support the health outcomes of community-dwelling older adults living with dementia: a scoping review. *Int J Med Inform*. 2021; 153: 104513.
- [51] Sampson EL. Palliative care for people with dementia. *Br Med Bull*. 2010; 96: 159–174.
- [52] Leleszi-Tróbert AM, Bagyura M, Széman Z. Elderly care and burden of family carers during the first wave of COVID-19 pandemic. [Idősellátás és a családi gondozók terhelése a COVID-19-járvány első hulláma idején.] *Orv Hetil*. 2022; 163: 1654–1662. [Hungarian]

(Zsuffa János András dr.,  
Budapest, Stáhly u. 7–9., 1085  
e-mail: zsuffaj@gmail.com)