

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup

Demencie u chorôb klasifikovaných inde

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0047	10. decembra 2019	schválené	15. januára 2020

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

MUDr. Mária Kráľová, CSc., MUDr. Dagmar Breznoščáková; PhD.; MUDr. Marek Zelman

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR (OPS Psychiatria- prof. MUDr. Ján Pečeňák, CSc., PhDr. Milana Kovaničová, CSc., PhDr. Katarína Kubašovská, MUDr. Ivan André, PhD., MPH, MUDr. Ján Dúžek, MUDr. Ľubica Ferenčáková, hodnotitelia AGREE II: MUDr. Dagmar Breznoščáková; PhD.; MUDr. Marek Zelman, MUDr. Ján Dúžek, PhDr. Milana Kovaničová, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, MBA

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; doc. MUDr. Adriana Liptáková, PhD.; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, MUDr. Peter Bartoň; PhD; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Húsková; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová, Mgr. Ing. Mária Syneková

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

demencia, reverzibilné demencie, sekundárna demencia, primárne degeneratívne demencie, neuropsychologické vyšetrenie, štruktúrna magnetická rezonancia, symptomatická farmakoterapia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

AD	Alzheimerova demencia
AChEI	Inhibítory cholinesteráz
APA	American Psychiatric Association
APP	amyloidový prekurzorový proteín
CDT	Clock Drawing Task
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FTD	Frontotemporálna demencia
LBD	Demencia s Lewyho telieskami
MCI	Mild Cognitive Impairment, Ľahká kognitívna porucha
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10.revízia
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Magnetická rezonancia
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PDD	Demencia pri Parkinsonovej chorobe
PET	Pozitrónová emisná tomografia
RF	rizikový faktor
SPECT	Jednofotónová emisná tomografia

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater), lekár so špecializáciou v odbore neurológia (neurológ) – nozologická diagnostika demencie, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie, prepustenie pacienta z hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia.

Lekár bez špecializácie – klinické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra/neurológa, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Lekár so špecializáciou všeobecné lekárstvo, geriatria – diagnostika syndrómu demencie, diagnostika a manažment najčastejších sekundárnych demencií.

Psychológ - klinický psychológ/neuropsychológ – neuropsychologická diagnostika, psychoterapie, tréning kognitívnych funkcií, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Špeciálny pedagóg - psychoedukácia, tréning kognitívnych funkcií, nefarmakologická liečba, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Logopéd - logopedická diagnostika a terapia komunikačných porúch.

Sestra - podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť.

Sociálny pracovník – následná liečba po farmakologickej liečbe, psychorehabilitačná pomoc, komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora, psychoedukácia, podporná psychologická liečba, manažment sociálnych služieb.

Všetky uvedené profesie - vykonávanie skriningových testov kognície.

Úvod

Téma demencií je dnes výsostne aktuálna, pretože populácia starne a odhaduje sa, že v roku 2050 bude na svete žiť viac ľudí nad 65 rokov ako detí do 15 rokov. Demencie sú ochorenia charakteristické práve pre vyšší vek - ich prevalencia je vo veku do 65 rokov 1% celkovej populácie, ale nad 65 rokov je to už 5,4% populácie. Incidencia demencie sa každých 5 rokov zdvojnásobuje, takže v populácii nad 85 rokov trpí demenciou už približne každý druhý človek.

Na rozvoji demencie sa významným spôsobom podieľajú modifikovateľné “civilizačné” rizikové faktory. Pacienti v pokročilom štádiu demencie si vyžadujú 24-hodinovú opatrovateľskú starostlivosť, ktorá je obrovskou záťažou (fyzickou aj psychickou) pre opatrovateľov, a preto demencia predstavuje problém nielen medicínsky, ale aj spoločenský a ekonomický.

Veľmi dôležitou skupinou demencií sú tzv. sekundárne demencie, pretože sú jedinými potenciálne reverzibilnými stavmi. Reverzibilita však významne závisí od včasnej diagnostiky. Pre primárne degeneratívne demencie, ktoré klasifikujeme pod kódom F 02, máme dnes k dispozícii len symptomatickú liečbu. Aj táto liečba je však schopná spomaliť, prípadne na istý čas aj pozastaviť progresiu ochorenia. Predpokladom je však opäť včasná diagnostika demencie, aby sa s liečbou mohlo začať čo najskôr.

Tento štandardný postup vznikol metodologicky použitím prístupu *adaptácie* medzinárodných a najmä Európskych klinických postupov (menovite uvedených v zozname literatúry). Z tohto dôvodu implicitne neuvádzame váhu dôkazov na všetkých miestach, iba tam kde to je relevantné z pohľadu zmeny váh dôkazov v kontexte najnovších poznatkov a zmeny oproti *adoptovaným* medzinárodným postupom.

Prevenia

Keďže u **primárnych degeneratívnych demencií** ide o ochorenia nie úplne známej etiológie, pri ktorých zohráva úlohu vrodená dispozícia k neurodegenerácii v kombinácii s rizikovými faktormi, jedinou možnosťou prevencie je ovplyvnenie **modifikovateľných rizikových faktorov**, ako sú hyperlipidémia, hypertenzia, obezita, diabetes mellitus a ďalšie. Zdravá výživa, dostatok fyzickej aktivity, aktívny životný štýl, vyhýbanie sa nadmernej konzumácii alkoholu a fajčeniu môžu významne oddialiť rozvoj neurodegeneratívnych zmien. V rámci **sekundárnej prevencie** ide najmä o udržiavanie

prítomných kardiovaskulárnych či metabolických porúch v čo najviac kompenzovanom stave a o tréning zachovaných kognitívnych funkcií a sociálnych interakcií.

U **sekundárnych demencií** ide najmä o včasný záchyt základného ochorenia, ktoré môže potenciálne viesť k demencii, a jeho liečbu, pokiaľ je možná. Typickým príkladom je jedna z potenciálne skutočne reverzibilných demencií, najčastejší typ sekundárnej demencie vôbec, a to alkoholová demencia.

Vo všeobecnosti **protektívnymi faktormi** rozvoja akejkoľvek demencie, resp. jej klinickej manifestácie, sú napr. vyšší dosiahnutý stupeň **vzdelania a aktívny životný štýl**, vysoká miera uspokojenia v pracovnom živote, **sociálna zaangažovanosť** a bohatá sociálna sieť, častejšia účasť v aktivitách stimulujúcich mentálne a fyzické schopnosti. Vyššie vzdelanie môže zlepšiť kognitívnu rezervu, teda dôjde k vzniku takých kompenzačných mechanizmov, ktoré sa dokážu vysporiadať s patologickými zmenami v mozgu a tým oddialiť nástup klinicky manifestného syndrómu demencie. Bohaté sociálne kontakty taktiež poskytujú stimuláciu intelektu a tak môžu ovplyvniť kognitívne funkcie. Pravidelná **fyzická námaha** je pravdepodobne asociovaná s oneskorením nástupu demencie u starších ľudí.

Epidemiológia

Demencia s Lewyho telieskami (LBD) je druhou najčastejšie sa vyskytujúcou primárnou neurodegeneratívnou demenciou, hneď po demenciou pri Alzheimerovej chorobe, s prevalenciou cca 5-10% všetkých demencií. Manifestuje sa prevažne vo vysokom veku, priemerne vo veku 75 – 80 rokov s predominciou u mužského pohlavia. Parkinsonova choroba je chronické neurodegeneratívne ochorenie prevažne ľudí vo vyššom veku. Postihuje asi 1% populácie vo veku nad 55 rokov, so zvyšujúcim sa vekom prevalencia stúpa. **Demencia pri Parkinsonovej chorobe (PDD)** sa vyvinie asi len u 10 – 40% pacientov s Parkinsonovou chorobou, aj to až po priemerne osem až desaťročnom trvaní motorickej parkinsonskej symptomatiky. Zdá sa, že incidencia LBD stúpa priamoúmerne s vekom pacienta, zatiaľ čo pri Parkinsonovej chorobe výskyt demencie po dosiahnutí veku 85 rokov klesá. **Frontotemporálne demencie (FTD)** predstavujú asi 5-10% všetkých demencií. Ide o jednu z najčastejších foriem demencií v presenilnom veku (tu väčšinou ide o frontálny/behaviorálny variant FTD, bvFTD).

Stanoviť prevalenciu **sekundárnych demencií** je zložité, odhaduje sa, že tvoria približne 5% všetkých prípadov demencie. Príčiny sekundárnych demencií sú veľmi rôznorodou skupinou ochorení, ktorých prevalencia v súčasnosti rapídne narastá so zvyšujúcim sa vekom najmä preto, že moderné terapeutické možnosti dovoľujú pacientom dlhšie žiť so svojim primárnym ochorením. Jednoznačne najčastejšia sekundárna demencia je alkoholová demencia, o ktorej možno uvažovať ako o potenciálnej epidémii 21. storočia.

Patofyziológia

Primárne degeneratívne demencie sú poruchami, ktoré označujeme ako **proteínopatie**. Pri týchto poruchách sa v mozgu ukladá špecifický typ patologickej bielkoviny (**β -amyloid, tau-proteín, α -synukleín, TDP-43 - transactive response DNA binding protein 43 kDa a ďalšie**), ktorý neurotoxicky a prostredníctvom reaktívneho aseptického zápalu vo svojom okolí poškodzuje neuróny. V patogenéze sa predpokladá vrodená príčina degenerácie nervových buniek a bunkových spojení, ktorá vedie ku atrofii kortikálnych alebo subkortikálnych oblastí mozgu. U mnohých z nich zohráva genetická dispozícia veľmi významnú úlohu, vo väčšine prípadov sa však nededí „choroba“, ale len dispozícia k nej. Druh preferenčne akumulovaného patologickeho proteínu do značnej miery determinuje klinický obraz (teda fenotyp) poruchy. Špecifické populácie buniek CNS sú totiž rozdielne vulnerabilné voči agregácii špecifického typu patologickeho proteínu, takže každý z nich postihuje iné mozgové regióny.

Medzi primárne neurodegeneratívne demencie, zaradené do skupiny demencií u chorôb klasifikovaných inde patria demencia s Lewyho telieskami (LBD), frontotemporálne demencie (FTD), demencia pri Parkinsonovej chorobe (PDD) a demencia pri Huntingtonovej chorobe.

Preferenčné α -synukleínopatie, pri ktorých sa intracelulárne ukladá α -synukleín (napríklad **demencia s Lewyho telieskami** či **demencia pri Parkinsonovej chorobe**) prednostne postihujú subkortikálne štruktúry (mozgový kmeň, bazálne gangliá) a limbický systém. Následkom degenerácie neurónov dochádza k nerovnováhe vegetatívneho nervového systému, k poruche dopamínergického extrapyramídového systému a k poruche cholinergickej transmisie. Tu je kognitívna symptomatika sprevádzaná množstvom nekognitívnych afektívnych a psychotických, ale aj neurologických príznakov.


Podkladom **frontotemporálnych demencií** je intraneuronálne ukladanie abnormálne transformovaných proteínov (najmä hyperfosforylovaného τ -proteínu, ubikvitínu a proteínu TDP-43) v oblasti frontálnych a temporálnych lalokov mozgu. Progreduje degenerácia a následná atfia týchto oblastí, pričom často býva postihnutá aj parietálna kôra a bazálne gangliá. Pri frontotemporálnych demenciách bol preukázaný nie cholinergický deficit (aký je pri Alzheimerovej chorobe alebo LBD), ale deficit sérotonínergickej neurotransmisie. Pri behaviorálnom variante FTD je častejší familiárny výskyt. Asi u 40% pacientov sa v blízkom príbuzenstve vyskytuje podobný typ demencie. U takmer 90% pacientov s familiárnym výskytom ide o autozomálne dominantný spôsob prenosu, mutácie postihujú alely pre tau-proteín na 17. chromozóme, ale aj niektoré ďalšie.

Huntingtonova choroba je neurodegeneratívne, **autozomálne dominantne dedičné ochorenie** s neurologickou aj psychiatrickou symptomatikou, vedúce k demencii. Porucha je kódovaná na 4. chromozóme, kde sa nadmerne opakuje triplet, ktorý obsahuje cytozín-adenín-guanín. Čím je počet opakovaní vyšší (tzv. CNV – Copy Number Variation), tým je nástup ochorenia skorší.


Na **sekundárne demencie** je potrebné myslieť najmä vtedy, ak sa demencia objaví pred 65. rokom života. Ide o veľmi rôznorodú skupinu približne 70 ochorení, ktorých prevalencia v súčasnosti rapidne

narastá so zvyšujúcim sa vekom najmä preto, že moderné terapeutické možnosti dovoľujú pacientom dlhšie žiť so svojím primárnym ochorením. Mechanizmami vzniku sekundárnych demencií sú najmä difúzna hypoxia mozgu, porucha hematoencefalickej bariéry a rôzne typy exogénnej (alkohol, ťažké kovy,...) či endogénnej (produkty metabolizmu) intoxikácie. Všetky tieto procesy vedú k oxidatívne stresu a aseptickému zápalu a napokon k deštrukcii neurónov, podľa príčiny buď lokalizovanej alebo difúznej. Medzi najdôležitejšie potenciálne liečiteľné príčiny sekundárnych demencií patria normotenzný hydrocefalus, hypotyreóza, hyperparatyreóza, alkoholová demencia, deficiencia vitamínu B12 a kyseliny listovej.

Tabuľka č. 1a

SEKUNDÁRNE DEMENCIE	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE
Demencie pri metabolických ochoreniach :	
A. Hereditárne podmienené :	<ul style="list-style-type: none"> • Wilsonova choroba • Akútne intermitentná porfýria • Metachromatická leukodystrofia
B. Hereditárne nepodmienené :	<ul style="list-style-type: none"> • Uremická encefalopatia • Hepatálna encefalopatia
Demencie pri endokrinopatiách :	
	<ul style="list-style-type: none"> • Tyreopatie (hypotyreóza, tyreotoxikóza) • Poruchy funkcie príštítnych teliesok • Poruchy funkcie nadobličiek (Addisonova choroba, Cushingov syndróm) • Diabetes mellitus, hypoglykémia
Demencie na podklade infekčnej etiológie :	
	<ul style="list-style-type: none"> • AIDS asociovaná demencia (HIV demencia) • Demencia pri neurosyfilise • Demencia pri lymfkej borelióze • Progresívna multifokálna leukoencefalopatia • Behçetova choroba (uveomeningitída) • Herpetická encefalitída • Prionózy
Demencie pri hypovitaminózach :	
	<ul style="list-style-type: none"> • Hypovitaminóza D • Deficit vitamínov skupiny B : tiamín (B1), riboflavín (B2), niacín (B3), pyridoxín (B6), folát (B9) a kobalamín (B12)

Tabuľka č. 1b

SEKUNDÁRNE DEMENCIE	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE
Demencie toxickej etiológie :	
<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholová demencia • Na podklade exogénnych intoxikácií: organické rozpúšťadlá, ťažké kovy, iné návykové látky • Farmakogénne demencie 	
Posttraumatická demencia	
Demencie v dôsledku kardiopulmonálnych a hematologických ochorení :	
<ul style="list-style-type: none"> • Chronická obštrukčná choroba pľúc • Srdcové zlyhávanie • Ťažké anémie 	
Demencia na podklade normotenzného hydrocefalu	
Demencie nádorovej alebo paraneoplastickej etiológie	
Demencie pri kolagenózach	

Klasifikácia

Do tejto kategórie sú zaradené demencie, rozvoj ktorých bol vyvolaný inými príčinami, než sú Alzheimerova choroba alebo cerebrovaskulárne ochorenie.

V tejto kategórii teda diagnostikujeme **všetky sekundárne demencie** (heterogénnu skupinu porúch, pri ktorých je syndróm demencie sekundárnym dôsledkom konkrétnej primárnej poruchy, ktorá postihuje priamo/výlučne mozog, iný orgánový systém alebo celý organizmus) a **primárne degeneratívne demencie s výnimkou Alzheimerovej choroby**, teda frontotemporálne demencie (v MKCH-10 je kód F 02.0 len pre Pickovu chorobu), demenciu pri Huntingtonovej chorobe, demenciu pri Parkinsonovej chorobe a mali by sme sem zaradiť aj príbuznú demenciu s Lewyho telieskami – LBD (MKCH-10 túto kategóriu v kapitole F vôbec neobsahuje, nachádza sa len v kapitole G – Choroby nervovej sústavy, pod kódom G 31 – Iná degeneratívna choroba nervovej sústavy, nezatriedená inde; LBD patrí konkrétne kód G31.82), hoci psychiatri v praxi prípady LBD kódujú najčastejšie pod F 00 demencia pri Alzheimerovej chorobe.

DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE(F 02) A ICH DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ PODĽA MKCH-10

F 02.0 Demencia pri Pickovej chorobe

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
- B. Začína pozvoľna a deteriorácia stále postupuje.
- C. Dva alebo viac z nasledujúcich príznakov svedčí pre prevahu postihnutia frontálneho laloka:
 1. emočná plochosť

2. hrubosť sociálneho vystupovania
3. odbrzdenosť
4. apatia alebo nepokoj
5. afázia

D. V skorších štádiách sú relatívne zachované pamäť a funkcie parietálneho laloka.

Dnes sa pod týmto kódom klasifikuje celá skupina **frontotemporálnych demencií (FTD)**, teda **behaviorálny variant FTD (bvFTD)** vrátane Pickovej choroby a tzv. „**rečové demencie**“, teda **sémantický variant primárnej progresívnej afázie (sv-PPA)**, **non-fluentný/agramatický variant PPA (nfv-PPA)** a **logopenický variant PPA (lv-PPA)**.

F 02.1 Demencia pri Creutzfeld – Jakobovej chorobe

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
- B. Veľmi rýchla progresia demencie s dezintegráciou prakticky všetkých vyšších mozgových funkcií.
- C. Po rozvoji demencie alebo súčasne s ňou sa obvykle objaví jeden alebo viac nasledujúcich typov neurologických príznakov a znakov:
 1. pyramídové príznaky
 2. extrapyramídové príznaky
 3. mozočkové príznaky
 4. afázia
 5. zhoršenie zraku

F 02.2 Demencia pri Huntingtonovej chorobe

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
- B. Ako prvé sú postihnuté podkôrové funkcie, a tie dominujú obrazu demencie; podkôrové postihnutie sa prejavuje spomalením myslenia alebo pohybov a alteráciou osobnosti s apatiou alebo depresiou.
- C. Typické mimovôľové choreiformné pohyby tváre, rúk, ramien alebo celého tela. Pacient sa môže pokúšať tieto pohyby zakryť tým, že ich prevádza na vôľovú činnosť.
- D. V anamnéze je Huntingtonova choroba u jedného rodiča alebo súrodenca alebo je v rodinnej anamnéze údaj, ktorý svedčí o výskyte poruchy.
- E. Nie sú žiadne klinické rysy, ktoré by svedčili pre iný pôvod abnormálnych pohybov.

F 02.3 Demencia pri Parkinsonovej chorobe

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
- B. Bola stanovená diagnóza Parkinsonovej choroby.
- C. Žiadna z kognitívnych porúch nie je zavinená liečbou antiparkinsonikami.
- D. Anamnéza ani somatické či zvláštne laboratórne vyšetrenia nesvedčia pre žiadnu inú možnú príčinu demencie, vrátane iných foriem ochorenia mozgu, poškodenia alebo dysfunkcie (napr. cerebrálna vaskulárna ochorenie, infekcia HIV, Huntingtonova choroba, normotenzný hydrocefalus),

systémovú poruchu (napr. hypotyreózu, nedostatok vitamínu B12 alebo kyseliny listovej, hyperkalciémiu) alebo abúzus alkoholu či iných návykových látok.


F 02.4 Demencia pri infekcii HIV

- A. Musia byť splnené všeobecné kritériá pre demenciu (G1-G4).
- B. Bola stanovená diagnóza infekcie HIV.
- C. Anamnéza ani somatické či zvláštne laboratórne vyšetrenia nesvedčia pre žiadnu inú možnú príčinu demencie, vrátane iných foriem ochorenia mozgu, poškodenia alebo dysfunkcie (napr. Alzheimerova choroba, cerebrálna vaskulárna ochorenie, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, normotenzný hydrocefalus), systémovú poruchu (napr. hypotyreózu, nedostatok vitamínu B12 alebo kyseliny listovej, hyperkalciémiu) alebo abúzus alkoholu či iných návykových látok.

F 02.8 Demencie pri ostatných chorobách klasifikovaných inde

Demencia je prejavom alebo následkom rôznych mozgových alebo somatických porúch. Patria k nim napr. Wilsonova choroba, supranukleárna obrna, demencia pri normotenznom hydrocefale (demencia, ataxia, inkontinencia) a pri mozgových nádoroch. Zo systémových ochorení alebo porúch to môžu byť napr. choroby štítnej žľazy, hypofýzy, Addisonova choroba, Cushingova choroba, zlyhávanie obličiek, dialýza, nedostatok nikotínamidu (pellagra spôsobuje demenciu, dermatitídu, hnačky), nedostatok B12, kyseliny listovej (folátov), infekcie, intoxikácie ťažkými kovmi, chronický abúzus alkoholu.

Tabuľka č. 2

DIAGNOSTICKÉ KRITÉRIÁ PRE DEMENCIU S LEWYHO TELIESKAMI	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE
Jadrové klinické črty (prvé tri sa objavujú skoro a môžu pretrvávať v celom priebehu) :	
<ul style="list-style-type: none"> • Fluktuácia kognitívnej poruchy s výraznými zmenami úrovne pozornosti a bdelosti • Rekurentné vizuálne halucinácie, typicky dobre formované a detailné • REM spánková porucha, ktorá môže predchádzať kognitívny úpadok • Jedna alebo viac spontánnych kardinálnych črt parkinsonizmu: bradykinézia (spomalenie pohybov a zníženie amplitúdy alebo rýchlosti), pokojový tremor alebo rigidita. 	
Podporné klinické črty :	
<ul style="list-style-type: none"> • Závažná hypersenzitivita na antipsychotiká • Posturálna instabilita • Opakované pády • Synkopy alebo iné prechodné epizódy nereagovania • Závažná autonómna dysfunkcia, napr. obštipácia, ortostatická hypotenzia, inkontinencia moču • Hypersomnia • Hyposmia • Halucinácie iných modalít • Systemizované bludy • Apatia, anxieta a depresia 	
Indikatívne biomarkery :	
<ul style="list-style-type: none"> • Redukované vychytávanie dopamínového transportéra na PET a SPECT • Abnormálna (nízke vychytávanie) 123iódová-MIBG myokardiálna scintigrafia • Polysomnografické potvrdenie REM spánku bez atónie. 	
Podporné biomarkery :	
<ul style="list-style-type: none"> • Relatívne ušetrenie štruktúr mediálneho temporálneho laloka na CT/MRI. • Generalizované nízke vychytávanie na SPECT/PET perfúžno/metabolickom skene s redukovanou okcipitálnou aktivitou a znakom cingulárneho ostrova na FDG-PET. • Prominentná posteriorna pomalovlnová aktivita na EEG s periodickými fluktuáciami v rozsahu pre-alfa/theta. 	

Pravdepodobnú LBD možno diagnostikovať, ak:

- a) sú prítomné dve alebo viac jadrových klinických črt, a to s alebo bez prítomnosti indikatívnych biomarkerov alebo
- b) je prítomná len jedna jadrová klinická črta, ale zároveň s jedným alebo viacerými indikatívnymi biomarkermi.

Diagnóza pravdepodobnej LBD by sa nemala stanoviť len na základe prítomnosti samotných biomarkerov.

Možnú LBD možno diagnostikovať, ak:

- a je prítomná len jedna jadrová klinická črta LBD, bez prítomnosti indikatívnych biomarkerov alebo
- b sú prítomné jeden alebo viaceré indikatívne biomarkery, ale žiadna jadrová klinická črta.

LBD by sa mala diagnostikovať, ak sa demencia objaví pred alebo približne v tom čase, kedy aj parkinsonizmus. Termín demencia pri Parkinsonovej chorobe (PDD) by sa mal použiť pre demenciu, ktorá sa objavuje v kontexte stanovenej Parkinsonovej choroby. Platí arbitrárne stanovené **pravidlo 1 roka**: ak sa demencia objaví do roka od vzniku parkinsonských príznakov, ide o LBD, ak neskôr, stav klasifikujeme ako PDD.

Klinický obraz

Diagnóza LBD sa stanovuje v prvom rade klinicky. Charakterizuje ju **triáda jadrových syndrómov: fluktuujúca porucha kognitívnych funkcií, parkinsonizmus a rekurentné scénické vizuálne halucinácie, prípadne paranoidne-halucinatórna psychóza.**

Hlavným znakom potrebným na stanovenie diagnózy LBD je **progressívny pokles kognitívnych funkcií**, demencia sa rozvíja pomaly, nenápadne, podobne ako je to aj pri Alzheimerovej demencii. V krátkodobom časovom horizonte má však táto choroba **fluktuujúci charakter**, čo môže pripomínať vaskulárnu demenciu. Najvýraznejšími príznakmi kognitívnej poruchy (dementného syndrómu) sú porucha pozornosti, porucha exekutívnych funkcií (plánovania, vykonávania viackrokových činností, prispôsobenia sa zmeneným podmienkam zadania) a vizuálno-percepčných schopností. **Nekognitívne neuropsychiatrické príznaky** sú veľmi časté, vo včasných štádiách demencie až u 75 % a v pokročilých štádiách u vyše 90 % pacientov nachádzame **rekurentné (menej často perzistentné) vizuálne halucinácie**, často detailné, dobre formované a komplexné (väčšinou scénické halucinácie skupiny ľudí alebo zvierat). Bludy sú zriedkavejšie ako halucinácie, ale asi u polovice pacientov sa vyskytnú väčšinou **paranoidno-perzekučné bludy**, obvykle sekundárne k poruchám vnímania. Asi u štvrtiny chorých sa vyskytuje **misidentifikácia** (bludná identifikácia osôb) alebo **Capgrasov fenomén** (blud dvojníka – pacient je bludne presvedčený, že jemu blízku osobu nahradil jej dvojník). Podrobná analýza nekognitívnych príznakov môže veľmi pomôcť v nozologickej diagnostike.

V obraze **extrapyramídového syndrómu**, ktorý sa rozvinie u takmer troch štvrtín postihnutých, dominuje pokojový tremor končatín, bradykinéza, rigidita, hypomímia tváre a poruchy chôdze a postoja. Takmer u polovice postihnutých sú časté **pády** (už v skorých štádiách poruchy), ktoré súvisia s postihnutím extrapyramídových dráh, **synkopy** a prechodné poruchy vedomia, ktoré sú zrejme následkom vegetatívnej dysbalancie a postihnutia štruktúr mozgového kmeňa. **Poruchy spánku (parasomnia typu RBD – REM sleep behavioral disorder)** sa vyskytujú niekoľko rokov pred

objavením sa demencie, môžeme ich teda považovať za prodromálny príznak. Jedným z veľmi dôležitých znakov pacientov s demenciou s Lewyho telieskami je ich mimoriadna **senzitivita na antipsychotiká**. LBD patrí k **plynulo progredujúcim demenciám**, ale najmä vo včasných štádiách sa nemusia vyskytovať všetky tri charakteristické syndrómy zároveň, resp. dominuje len jeden z nich. Progresia ochorenia je vo všeobecnosti rýchlejšia ako pri Alzheimerovej demencii, boli opísané aj prípady veľmi rýchlej progresie s úmrtím do 1 – 2 rokov od nástupu prvých klinických prejavov.

Demencia sa vyvinie asi len u 10 – 40 % pacientov s **Parkinsonovou chorobou**, aj to až po priemerne osem až desaťročnom trvaní motorickej parkinsonskej symptomatiky. Kognitívna porucha má charakter prevažne **subkortikálnej demencie**, nevyskytujú sa kôrové výpadové javy typu fatických, gnostických a praktických porúch. V popredí je výrazný bradypsychizmus, porucha pozornosti, porucha exekutívnych funkcií, poruchy verbálnej a vizuálnej pamäti a vizuálno-priestorových schopností. Demencia pri Parkinsonovej chorobe je chápaná ako demencia, ktorá sa rozvinie v kontexte klinicky jasnej Parkinsonovej choroby, pri ktorej výlučne **motorické príznaky trvajú aspoň jeden rok**. Naproti tomu diagnóza LBD sa stanoví vtedy, ak demencia predchádza alebo sa rozvinie súbežne s motorickými prejavmi parkinsonizmu do jedného roka.

Frontotemporálna demencia – frontálny/behaviorálny variant typicky začína medzi 45. – 60. rokom života, teda zväčša u ľudí plne profesionálne výkonných. Predstavuje jednu z najčastejších foriem presenilných demencií. Typickým patologicko-anatomickým nálezom je **kortikálna atrofia frontálnych lalokov a frontotemporálneho rozhrania s pravostrannou predilekciou**. Prvé príznaky sú v oblasti kognitívnych funkcií zvyčajne nenápadné, oveľa nápadnejšie, v klinickom obraze dominantné, sú **zmeny osobnosti a pod ich vplyvom poruchy správania**. Chorý sa stáva netaktným, krajne egocentrickým, správa sa nadmerne familiárne, odbrzdene, niekedy požívačne, sexuálne nevhodne. Je zvýšená impulzivita (resp. porucha kontroly impulzov), hyperoralita (tendencia testovať predmety ústami). Niekedy je naopak mimoriadne ľahostajný, stráca záujem o druhých, aj o najbližších, ku ktorým mal predtým intenzívny citový vzťah. Porušuje spoločenské normy správania, môže sa dopustiť aj deliktov. Dezinhibované správanie sa môže prejaviť aj ako hypersexualita alebo sexuálne deviantné správanie či excesívny konzum návykových látok (napr. alkoholu či drog). U istej časti chorých, najmä v pokročilejších štádiách ochorenia, sa vyskytujú aj stereotýpie, obsedantno-kompulzívna symptomatika a poruchy nálad, najčastejšie anxiózna či depresívna nálada s nepokojom alebo naopak výrazná apatia s hypobúliou a hypoaktivitou. Porucha kognitívnych funkcií sa prejavuje najmä poruchou verbálnej fluencie, zhoršením výkonu v testoch zapamätania si slov a včasnou poruchou exekutívnych funkcií. Priebeh tejto demencie je **plynulo progredientný**, ale oproti Alzheimerovej demencii **rýchlejší**, priemerná doba prežitia je do 5 rokov od stanovenia diagnózy. Obzvlášť alarmujúci je fakt, že vo väčšine prípadov ide skutočne o predčasné úmrtia, keďže frontálny variant FTD postihuje prevažne ľudí v plne aktívnom presenilnom veku, nezriedka somaticky úplne zdravých.

Pri „rečových demenciách“, teda pri FTD, variante primárnej progresívnej afázie (PPA), sa medzi prvými symptómami ochorenia manifestujú špecifické lingvistické deficity, ktoré môžu mať variabilný klinický obraz. Diskrétné jazykové poruchy sa pravdepodobne vyskytujú u pacientov už vo včasnom štádiu ochorenia. Pri **logopenickom variante** je spontánna reč spomalená, prerušovaná anomickými pauzami, nie je agramatizmus ani ťažkosti pri porozumení izolovaných slov, sú fonologické chyby (zámeny hlások v slove), ale slová sú dobre artikulované, pri **sémantickom variante** ide o postupnú degradáciu sémantickej pamäti, teda poruchy porozumenia reči už na úrovni izolovaných slov, v produkcii reči sémantické parafázie, pacienti tvoria gramaticky správne vety, ale významom irelevantné až prázdne a **nonfluentný/agramatický variant** je podobný klasickej neplynulej (nonfluentnej) afázii na podklade NCMP s anómia a agramatizmami – pacienti vedia, ktoré slovo chcú povedať, začnú ho opisovať (napr. funkciu, tvar objektu), porozumenie izolovaným a najmä vysoko frekventovaným slovám je zachované, je apraxia reči - v spontánnej reči zámeny hlások, dlho sú ale zachované neverbálne zručnosti a relatívne ušetrená funkčnosť.

Klinický obraz **sekundárnych demencií** je veľmi variabilný, v závislosti od základnej príčiny ide o lokalizované alebo difúzne, viac kortikálne, subkortikálne alebo zmiešané postihnutie. Rovnako sa môže veľmi líšiť priebeh sekundárnej demencie – od stacionárnej (napr. demencia po traume mozgu) cez rýchlo progredujúcu (napr. demencia pri Creutzfeld-Jakobovej chorobe) až po plynulo či skokovito pomalšie progredujúcu (napr. metabolické demencie).

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostika a diferenciálna diagnostika demencií prebieha klasicky v troch krokoch:

1. Prvým krokom je stanoviť, že skutočne ide o **syndróm demencie**.
2. V druhom kroku ide v prvom rade o **vylúčenie všetkých potenciálne reverzibilných príčin dementného syndrómu**, teda o identifikáciu prípadov sekundárnych demencií (v užšom slova zmysle, teda s výnimkou demencií vaskulárneho pôvodu).
3. Po vylúčení sekundárnych demencií nastupuje **nozologická diagnostika a diferenciálna diagnostika v rámci skupiny primárnych degeneratívnych demencií a vaskulárnych demencií**.

V prvom a do značnej miery aj v druhom kroku majú veľkú úlohu lekári prvého kontaktu, ktorí môžu najskôr zachytiť rozvoj syndrómu demencie u svojho pacienta, ktorého poznajú roky a všimnú si na ňom zmeny, teda nástup kognitívnej poruchy. Tretí krok realizujú špecialisti, psychiatri alebo neurológovia. Treba zdôrazniť, že nozologickú diagnózu primárnych degeneratívnych demencií stanovujeme v prvom rade **klinickým vyšetrením pacienta**, výsledky pomocných vyšetrení ju môžu len podporiť.

SÚHRN ODPORÚČANÍ - DIAGNOSTICKÝ POSTUP PRI PODOZRENÍ NA DEMENCIU

A. Diagnostika (záchyt) syndrómu demencie:

1. Úvodné klinické vyšetrenie – podrobná anamnéza

- zameranie na kognitívne príznaky, nekognitívne neuropsychiatrické príznaky a ich dopad na každodenné fungovanie pacienta
- prvé a nasledujúce prejavy, charakter ich nástupu (pozdvoľný, náhly,...), priebeh, prípadné vyvolávajúce či zhoršujúce faktory:
 - od samotného pacienta a
 - ak je to len trochu možné, aj od jemu blízkej osoby, ktorá ho dobre pozná.

2. Skriningové testy kognície

Štandardizovaný MiniMental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Clock Drawing Task (CDT), testy slovnej fluencie, prípadne iné.

B. Vylúčenie sekundárnych (potenciálne reverzibilných) demencií (kroky 1 a 2 v kompetencii všeobecného lekára , geriatra):

V anamnéze pátrame podľa indícií napr. po dedičných ochoreniach, chronických intoxikáciách, dlhodobom užívaní liekov s nepriaznivým účinkom na kognitívne funkcie, chronických infekciách, vredovej žalúdočnej chorobe, chronickej gastritíde, pečenej dysfunkcii, renálnej dysfunkcii, úrazoch hlavy, pobyte v exotických krajinách.

1. Základná batéria laboratórnych vyšetrení (zachytí najčastejšie sekundárne demencie, najmä metabolické):

- krvný obraz vrátane diferenciálneho KO,
- biochemické vyšetrenie: hladiny minerálov (Na, K, Cl, Ca), glykémia, kreatinín, urea, kyselina močová, AST, ALT, GMT, bilirubín, albumín, zápalové markery (CRP), moč chemicky a sediment,
- vyšetrenie hormónov štítnej žľazy – TSH, fT4,
- vyšetrenie sérových hladín B12 a kyseliny listovej,
- sérologické testy na syfilis.

2. Zhodnotenie kardiálneho a pulmonálneho systému klinicky a eventuálne pomocnými vyšetrovacími metódami(EKG, RTG).

3. Rozšírená batéria laboratórnych vyšetrení – cielene podľa anamnézy a klinického obrazu:

- napr. hladiny vitamínov B1, B3, B6, D, stanovenie hladín liekov, toxikologický skrining,
- napr. sérologické testy napr. na HIV a borélie,
- napr. stanovenie hladín ťažkých kovov a ďalšie.

C. Štandardný postup diagnostiky demencie zo skupiny F 02 u špecialistu (psychiater, neurológ):

1. Klinické vyšetrenie u špecialistu (psychiater, neurológ)

- zameranie na jednotlivé príznaky a priebehové charakteristiky podľa diagnostických kritérií MKCH-10, v prípade LBD alebo FTD podľa príslušných diagnostických kritérií panelu expertov (pre FTD Lund-Manchester kritériá, pre FTD-PPA Gorno-Tempini et al., 2011, pre LBD International Consensus Criteria for LBD McKeith et al., 2017)
- anamnéza nielen od pacienta samotného, ale aj od inej osoby, ktorá ho dobre pozná.

2. Neuropsychologické vyšetrenie – realizuje klinický psychológ alebo neuropsychológ

- bližšie rozlíšenie štruktúry kognitívneho deficitu,
- na základe neho rozlíšenie jednotlivých typov demencií (najmä nozologická diagnostika primárnych degeneratívnych demencií).

3. Neurozobrazovacie vyšetrenie

Zobrazovacie metódy (CT, MRI) sú v rámci diagnostiky sekundárnych demencií esenciálne napr. pri diagnostike mozgových novotvarov, subdurálneho hematómu, normotenzného hydrocefalu, pomocný charakter majú napríklad v diagnostike prionóz, HIV demencie (MRI), Wernickeho encefalopatie, Wilsonovej choroby a alkoholovej demencie.

- štandardom v diagnostike primárnych degeneratívnych demencií je **štrukturálne MRI mozgu**, kde je pre FTD charakteristická atrofia frontálnych a temporálnych alalokov a pre LBD, prípadne PDD atrofia subkortikálnych štruktúr (kmeňa a bazálnych ganglií) a limbického systému. Zároveň je možné stanoviť podiel vaskulárnych zmien na etiológii kognitívnej poruchy,
- CT slúži hlavne na vylúčenie iných procesov (subdurálny hematóm, tumor, normotenzný hydrocefalus), ale v diagnostike degeneratívnych demencií nie je postačujúce.

4. EEG vo väčšine prípadov demencie neprinesie užitočné informácie. Sú ale výnimky, napríklad charakteristický obraz trifázických komplexov pri priónových ochoreniach.

5. Logopedické vyšetrenie - realizuje logopéd

- dôležité v diagnostike frontotemporálnych "rečových" demencií.

D. V prípade, že diagnóza je stále nejasná, **vo včasných štádiách, v diferenciálnej diagnostike medzi jednotlivými neurodegeneratívnymi demenciami, u mladších pacientov, pri rýchlom priebehu demencie:**

- **FDG-PET** (pozitrónová emisná tomografia s fluórdeoxyglukózou) – vizualizácia hypometabolických oblastí v mozgu, indikovaná najmä pri podozrení na FTD a pri jej odlíšení od Alzheimerovej demencie.

- **SPECT – DAT Scan** (jednofotónová emisná tomografia s joflupánom 123I) – detekcia aktivity dopamínergického systému (v bazálnych gangliách a kortexe), indikovaná v diagnostike LBD a PDD a pri ich odlíšení od Alzheimerovej demencie.

E. Pri podozrení na **frontotemporálnu demenciu (najmä behaviorálny variant)**, najmä pri **pozitívnej rodinnej anamnéze**, pri podozrení na **Huntingtonovu chorobu**:

- **Genetické vyšetrenie** – detekcia geneticky podmienenej familiárnej formy FTD s mutáciou génu pre tau-proteín na 17.chromozóme a niektorých ďalších, detekcia opakovania tripletov cytozín-adenín-guanín na 4.chromozóme pri Huntingtonovej chorobe.

Diferenciálna diagnostika:

Odlíšenie demencie od **MCI (Mild Cognitive Impairment, Ľahká kognitívna porucha)** spočíva v posúdení, či kognitívna porucha významne zasahuje do predošlej schopnosti pacienta fungovať v práci a v každodenných bežných činnostiach. Dopad na každodenné fungovanie pacienta posudzuje skúsený klinik na základe individuálnych okolností a konkrétnej situácie pacienta a opisu každodenného fungovania pacienta, ktorý získa od neho samotného, ale aj od jemu blízkeho informátora.

Ostatné diagnózy, ktoré je potrebné odlíšiť:

- Delírium
- Depresia
- Demencia pri Alzheimerovej chorobe
- Vaskulárne demencie

Liečba

Liečba každej demencie musí byť vždy **komplexná**, s využitím dostupných možností symptomatickej farmakoterapie, ale aj nefarmakologickej liečby.

Nefarmakologická liečba spočíva v tréningu zachovaných kognitívnych funkcií, reminiscenčnej terapii, psychosociálnej rehabilitácii, edukácii opatrovníkov, rôznych komplementárnych postupoch, ako je pet-terapia, muzikoterapia, aromaterapia a mnohé ďalšie metódy. Komplementárne metódy často poslúžia najmä pri zvládaní nekognitívnych príznakov demencií. Použitelnosť jednotlivých metód závisí od stupňa závažnosti demencie.

Pri **sekundárnych demenciách** je v terapii esenciálne zamerať sa na príčinu demencie. V niektorých prípadoch je možné ju odstrániť (mozgový tumor, deficit vitamínov) a demencia môže byť reverzibilná, výsledok liečby však závisí od včasnej diagnózy. Vo väčšine prípadov sa musíme pokúsiť aspoň dostať príčinu pod kontrolu a stav stabilizovať (napr. skompenzovať metabolické ochorenie), aby demencia

ďalej neprogredovala. V oboch prípadoch je možné využiť podpornú neuroprotektívnu medikamentóznú liečbu, napr. nootropiká alebo antioxidanty.

Farmakologickú liečbu demencií môžeme rozdeliť na „**primárnu**“ a „**sekundárnu**“ liečbu. **Primárnou** rozumieme kognitíva, **liečivá na symptomatickú liečbu kognitívneho deficitu pri demenciách**, ktorými je možné spomaliť progresiu ochorenia. Podľa ATC klasifikácie pod kódom N06D Liečivá proti demencii nájdeme Anticholinesterázy (N06DA) a Iné liečivá proti demencii (N06DX), kde sú zaradené memantín a Ginkgo biloba extrakt – Egb 761. Podpornou neuroprotektívnou medikamentóznou liečbou sú napr. nootropné látky alebo antioxidanty. **Sekundárnou** liečbou označujeme ostatné **liečivá, používané v symptomatickej liečbe neuropsychiatrických symptómov demencií**, napr. depresie či psychotických príznakov.

Cholinergický deficit je súčasťou demencie s Lewyho telieskami a demencie pri Parkinsonovej chorobe, ale napr. aj sekundárnej alkoholovej demencie. V ich liečbe teda majú svoje opodstatnenie **inhibítory cholinesteráz** a na základe EBM dôkazov je ich účinnosť a bezpečnosť v liečbe demencie s Lewyho telieskami a demencie pri Parkinsonovej chorobe potvrdená, rovnako ako účinnosť a bezpečnosť **memantínu** (EBM úroveň I, sila odporúčania A). U frontotemporálnych demencií nejde o cholinergický deficit, preto podávanie AChEI nemá zmysel, ale pre memantín platí rovnaké konštatovanie ako v liečbe LBD a PDD. Napriek tomu žiadne z týchto liečiv nie je na liečbu demencie s Lewyho telieskami, demencie pri Parkinsonovej chorobe či frontotemporálnych demencií registrované (výnimkou je len rivastigmín, indikovaný na liečbu demencie pri Parkinsonovej chorobe). Pokiaľ sa rozhodneme použiť ich v tejto indikácii, ide síce o liečbu lege artis, ale "off-label", ako sa konštatuje aj v zahraničných odporúčaných postupoch (napr. NICE Guidelines on Dementia, 2011, updated 2018, The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018, WFSBP Guidelines on Dementia, 2015, Doporučené postupy psychiatrické péče IV., 2014).

Osobitné postavenie medzi liečivami na demenciu má **extrakt z ginkga biloba**, ktorý sa nazýva **EGb 761**. Pôsobí nootropne, neuroprotektívne a hemoreologicky a vychytáva voľné radikály, teda je zároveň antioxidantom. Pri liečbe EGb 761 sa preukázalo zvýšenie počtu predovšetkým nikotínových cholinergických receptorov a α -2 adrenoreceptorov, ktorých počet je vo vyššom veku znížený, a tiež zvýšenie syntézy a uvoľňovania acetylcholínu a zvýšená absorpcia cholínu v hippocampe. V prefrontálnom kortexe sa zvyšuje hladina dopamínu, dochádza tiež k istému zvýšeniu hladiny noradrenalínu (Jiráček, 2014). V klinickej praxi sa EGb 761 používa najmä v liečbe ľahkej kognitívnej poruchy, vaskulárnych demencií a včasných štádií primárnych degeneratívnych demencií. Ako augmentačná liečba sa v pokročilejších štádiách demencií používa v kombinácii s memantínom či inhibítormi cholinesteráz, prípadne s ich kombináciou. Ako nootropnú látku je možné ho použiť aj pri sekundárnych demenciách. Dávkovanie EGb 761 v terapii demencií je 120-240 mg v jednej, prípadne v dvoch dávkach v prvej časti dňa. Liek je netoxický, veľmi dobre tolerovaný, **nežiaduce účinky** sú zriedkavé a nezávažné, pre možné antiagregačné pôsobenie je potrebná opatrnosť u stavov s vyšším rizikom krvácania.

Pri nasadzovaní terapie inhibítormi cholinesteráz, memantínom či EGb 761 je potrebné stanovenie **stupňa závažnosti demencie**. V najnovších odporúčaní NICE (2018) sa zdôrazňuje, že pre určenie štádia demencie **nesmie byť určujúce výlučne dosiahnuté skóre v kognitívnom skriningovom inštrumente**, dôležitejšie je zohľadniť celkový stav a úroveň funkčnosti pacienta.

Dlho prebiehala diskusia, kedy a či **symptomatickú terapiu demencie ukončiť**. Dnes sa ukončenie terapie odporúča len v prípade, že terapia už neprináša žiaden klinický benefit, prípadne ju pacient netoleruje, resp. má napríklad problém s prehĺtaním. V žiadnom prípade na vynechanie terapie **nepostačuje pokles kognitívneho skóre** pod určité hodnoty (NICE Guideline on dementia – updated 2018).


V rámci „**sekundárnej**“ **terapie neuropsychiatrických symptómov** pri demenciách sa musíme vyhnúť všetkým liekom, ktoré majú výrazne **sedatívny efekt** a liekom s nežiaducimi účinkami najmä **anticholinergickými, alfa-adrenergickými, antihistamínovými a antidopamínergickými**. V prvom rade sa musíme pokúsiť o ovplyvnenie neuropsychiatrických príznakov nefarmakologicky, prípadne využitím základnej terapie demencie (AChEI, memantín, EGb 761). V ovplyvnení jednotlivých typov neuropsychiatrických príznakov sú inhibítory cholinesteráz úspešnejšie pri zvládaní afektívnych porúch (depresívnej nálady, anxiety) a memantín zasa pri zvládaní psychotických príznakov, nepokoja, agresie a iritability. Po symptomatickom farmakologickom riešení (antidepresíva, antipsychotiká) siahneme až vtedy, keď tieto postupy nie sú úspešné.

V terapii depresie pri demencii je režim farmakoterapie **antidepresívami** podobný ako pri liečbe depresívnej epizódy, teda dodržíme dobu akútnej, po dosiahnutí remisie aj udržiavacej liečby a často prechádzame aj do fázy profylaktickej. Indikáciou sérotonínergických antidepresív v liečbe FTD, najmä behaviorálneho variantu, sú najmä anxiózne symptómy, impulzívne prejavy a obsedantno-kompulzívne príznaky.


Dlhodobá liečba **antipsychotikami** je u starších pacientov, zvlášť pacientov s demenciou, vždy spojená s oveľa vyšším rizikom všetkých nežiaducich účinkov vrátane tardívnych dyskinéz. V liečbe psychotických nekognitívnych príznakov pri demencii je použitie antipsychotík až na malé výnimky (napr. tiaprid) off-label. Od apríla 2005 má celá skupina atypických antipsychotík vo svojich SPC varovanie, v ktorom sa konštatuje, že „...starší pacienti s psychózou pri demencii, liečení antipsychotikami, majú zvýšené riziko úmrtia... primárne z kardiovaskulárnych alebo infekčných príčin.“ Sú zistenia o tom, že všetky – nielen atypické – antipsychotiká zvyšujú riziko úmrtia u starších pacientov s demenciou, dokonca aj pri krátkodobom užívaní. V júni 2006 sa varovanie rozšírilo zo skupiny antipsychotík druhej generácie aj na antipsychotiká prvej generácie a konštatuje sa v ňom, že „...môžu zvyšovať mortalitu“ (Agronin a Maletta, 2011). Ak teda musíme siahnuť po antipsychotikách (pacient výrazne trpí, pre psychotické resp. behaviorálne príznaky predstavuje riziko pre seba alebo svoje okolie), je potrebné zachovať zásadu „start low and go slow“ – teda začať s nízkou dávkou a len pomaly ju zvyšovať na najnižšiu účinnú dávku, ktorú sa veľmi rýchlo po odznení symptómov snažíme znovu postupne znižovať a liek vysadiť. Vždy je potrebné dbať na užívateľský komfort pacienta –

preferovať lieky podávané v jednej dennej dávke a v najlepšie tolerovanej liekovej forme. Zvláštna opatrnosť je potrebná u pacientov s PDD alebo LBD, kde musíme voliť veľmi malé dávky druhogeneračných antipsychotík bez potenciálu k extrapyramídovým nežiaducim účinkom, teda kvetiapín alebo klozapín.

Tabuľka č. 4


HLAVNÉ ZÁSADY PSYCHFARMAKOTERAPIE NEUROPSYCHIATRICKÝCH SYMPTÓMOV DEMENCIÍ	
	ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE
<ul style="list-style-type: none"> • Vylúčiť somatickú príčinu, potenciálne precipitujúcu NP prejavy pri demencii (dehydratácia, infekcia, bolestivý sy,...) • Liečiť túto príčinu • Zvážiť nefarmakologické postupy • Využiť vplyv základnej symptomatickej terapie demencie (kognitíva,...) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Individualizovaná liečba • Vždy zvážiť pomer riziko / benefit – kedy (či vôbec) psychofarmaká • „Start low and go slow“ - začať nízkou dávkou a len pomaly ju zvyšovať • Všeobecne používať menšie dávky liekov (priemerne tretina až polovica dávky mladšieho dospelého bez demencie) • Vyhýbať sa výrazne sedatívnym liekom a liekom s NÚ anticholinergickými, alfa-adrenergickými, antihistamínovými a antidopamínergickými • Pri zmene liečby robiť naraz len jeden krok • Dbáť na užívateľský komfort - preferovať lieky podávané v jednej dennej dávke a v najlepšie tolerovanej liekovej forme • Depresia (antidepresíva) - bežný režim, psychóza / behaviorálne poruchy (antipsychotiká) - len krátkodobu 	

Tabuľka č. 5

ANTIDEPRESÍVA, POUŽITEĽNÉ V TERAPII DEPRESIE PRI DEMENCIA			
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIA U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE	
Skupina antidepresív	Úvodná denná dávka (mg)	Obvyklá / maximálna denná dávka (mg)	Cieľový symptóm / syndróm
SSRI			Depresia
Citalopram	10	20 / 40	Anxieta
Escitalopram	5	10 / 20	Psychóza
Paroxetín	10	20 / 40	Nepokoj
Sertralín	25	75 / 100	
Fluoxetín	5	10 / 40	
SNRI			Depresia
Venlafaxín	2x25	2x100 / 2x150	Anxieta
Duloxetín	15	30 / 60	
NaSSA			Depresia
Mirtazapín	7,5	15 / 30	Anxieta
Agomelatín	12,5	25 / 50	Depresia
Vortioxetín	5	10 / 20	Depresia
Trazodón	50	50 / 100	Depresia
			Nepokoj

Poznámka : Upravené podľa The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018

Tabuľka č. 6

ANTIPSYCHOTIKÁ V TERAPII NEUROPSYCHIATRICKÝCH SYMPTÓMOV DEMENCIE				
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP DEMENCIE U CHORÔB KLASIFIKOVANÝCH INDE		
Liečivo	Indikácia	Štartovacia denná dávka (mg)	Obvyklá udržiavacia dávka (mg)	Maximálna denná dávka (mg)
Olanzapín	Agitovanosť/psychóza pri demencii	2,5 (na noc)	2,5 - 10	10 na noc (optimálne 5)
Kvetiapín	Agitovanosť/psychóza pri demencii	12,5 - 25	50 - 100	100 - 300 (nie prolongované formy)
Risperidón	Agitovanosť/psychóza pri demencii	0,25 - 2 x 0,25	2 x 0,5	2 (optimálne 1)
Aripiprazol	Agitovanosť/psychóza pri demencii	5	5 - 10	10 - 15
Klozapín	Psychóza pri Parkinsonovej chorobe a LBD	6,25	25 - 37,5	50
Tiaprid	Agitovanosť a iné poruchy správania pri demencii, poruchy spánku pri demencii. Kvalitatívne poruchy vedomia	50 - 200	do 300	300
Haloperidol	Delírium Agitovanosť	0,25 - 0,5	0,5 - 1,5 (len akútna liečba, krátko)	cca 3 mg (len akútna liečba, krátko)

Poznámka : Upravené podľa The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Edition, 2018

Prognóza

Sekundárne demencie sú jedinou skupinou demencií, pri ktorej je možnosť stav zvrátiť, teda sú to demencie potenciálne reverzibilné. Reverzibilita nie je vysoká, všetky doteraz publikované štúdie sa zhodli na nižšej ako 20% zvrátiteľnosti, pričom s úplnou reverzibilitou sa dá počítať v menej ako 10% prípadov a všeobecne platí, že lepšiu prognózu majú mladší pacienti s menej výrazným poškodením (Yousuf, 2010). Pri správnej a skorej liečbe základného ochorenia s pridaním podpornej terapie dementného syndrómu však môže pacient dosiahnuť takú úroveň kognitívnych a ostatných funkcií, akú mal pred ochorením, alebo aspoň ich čiastočné zlepšenie. Zvlášť v tejto skupine demencií je veľmi dôležitá včasná diagnostika, lebo čím je priebeh neliečenej sekundárnej demencie dlhší, tým viac klesá možnosť úplnej obnovy funkcií. Platí to najmä pre hypovitaminózu B12, neurosyfilis, či normotenzný hydrocefalus.

Primárne degeneratívne demencie, ako je demencia s Lewyho telieskami, demencia pri Parkinsonovej chorobe a frontotemporálne demencie, sú ochorenia nezvratné, plynulo progredujúce a napokon fatálne. Priebeh môže byť relatívne pomalý (napr. u LBD), ale aj pomerne veľmi rýchly (behaviorálny variant FTD).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Podľa prílohy č. 4 k zákonu č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov predstavujú organické duševné poruchy vrátane demencií v stredne ťažkej forme mieru poklesu schopnosti zárobkovej činnosti 30-45% a v ťažkej forme 50-80%. Z podstaty ochorenia charakteru demencie však vyplýva, že u pacienta je už v ľahkom štádiu prítomné závažné narušenie každodenného fungovania, pričom ako prvé sú postihnuté zložitejšie činnosti, vrátane pracovnej spôsobilosti. Niektoré sekundárne demencie, ak sa diagnostikujú včas, sú potenciálne aspoň čiastočne reverzibilné, ale pri primárnych degeneratívnych demenciách (LBD, PDD, FTD) je prirodzená a nezvratná plynulá progresia ochorenia, takže postupne dochádza k obmedzeniu samostatnosti pacienta až na úroveň úplnej odkázanosti na pomoc a opateru iných.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovatelia ústavnej starostlivosti - psychiatrické prípadne neurologické kliniky, oddelenia, gerontopsychiatrické oddelenia, psychiatrické nemocnice, liečebne s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a liečba, najmä neuropsychiatrických symptómov, farmakoterapia, kognitívny tréning, rehabilitácia, v pokročilých štádiách aj starostlivosť o pridružené somatické komplikácie. Vzhľadom na to, že pre pacienta s demenciou každá zmena prostredia predstavuje enormnú záťaž, je vhodné obmedziť pobyt v nemocničnom zariadení len na dobu nevyhnutnú na zvládnutie akútneho stavu.

Poskytovatelia ambulantnej starostlivosti – psychiatrické a neurologické ambulancie s materiálno-technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy – diagnostika a liečba demencie, najmä symptomatická farmakoterapia kognitívnej poruchy a neuropsychiatrických symptómov.

Denný psychiatrický stacionár pre pacientov s demenciou – udržiavacia liečba demencie, farmakoterapia, psychoterapia, tréning zachovaných kognitívnych funkcií, psychoedukácia, rehabilitácia.

Najmä v stacionároch, ale aj v ústavných a v ambulatných zariadeniach sa starostlivosti významným spôsobom zúčastňuje aj **klinický psychológ, neuropsychológ, logopéd, sociálny pracovník**.

Veľmi dôležité je vo všetkých týchto zariadeniach venovať pozornosť aj **opatrovníkom** pacienta s demenciou.

Ďalšie odporúčania

Vzhľadom k tomu, že prognóza dožitia, ale najmä zachovania kvality života pacienta s demenciou významne závisí od skorej diagnostiky, je mimoriadne dôležité venovať pozornosť včasnému záchytu ochorenia. Sekundárne demencie sú jedinou skupinou potenciálne reverzibilných demencií, pri ktorých včasná diagnostika nadobúda ešte väčší význam. Čím je priebeh neliečenej sekundárnej demencie dlhší, tým viac klesá možnosť úplnej obnovy funkcií. V oblasti včasnej diagnostiky demencií, najmä

najčastejších sekundárnych demencií, majú nezastupiteľnú úlohu najmä všeobecní lekári a geriatri, pretože pacienta dlhšie poznajú a majú možnosť všimnúť si na ňom známky nástupu kognitívnej poruchy. Je potrebné systematicky ich edukovať v problematike demencií a v používaní a hodnotení skrínigových kognitívnych testov.

Zo strany špecialistov by v rámci koordinovanej starostlivosti bolo potrebné vybudovať (resp. dobudovať) centrá včasnej diagnostiky kognitívnych porúch pri existujúcich psychiatrických a neurologických klinikách či oddeleniach, prípadne vytvoriť takéto špecializované centrá s dobrou dostupnosťou neuropsychologického vyšetrenia a volumetrického MRI vyšetrenia.

Vzhľadom k tomu, že je EBM dôkazmi (väčšinou úrovne I) potvrdená účinnosť a bezpečnosť inhibítorov cholinesteráz v liečbe demencií s cholinergickým deficitom (ako je demencia s Lewyho telieskami a demencia pri Parkinsonovej chorobe) a rovnako účinnosť a bezpečnosť memantínu v liečbe LBD, PDD aj frontotemporálnych demencií, bolo by v budúcnosti užitočné dosiahnuť registráciu týchto liečiv aj v týchto indikáciách. Výrazne by to zjednodušilo prístup pacientov k tejto dnes síce lege artis, ale stále "off-label" liečbe.

Kým bude vybudovaný systém komunitnej starostlivosti, ktorého prirodzenou súčasťou budú aj denné stacionáre, bolo by vhodné pokúsiť sa zriadiť tam, kde je to možné, takéto zariadenia ako zdravotnícke, nie sociálne zariadenia.

V rámci problematiky demencií je nevyhnutné zintenzívniť spoluprácu zdravotníctva so sociálnou sférou.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Starostlivosť o pacientov s demenciou poskytujú **ústavné zariadenia - psychiatrické prípadne neurologické kliniky, oddelenia, psychiatrické nemocnice a liečebne**. Ambulantná starostlivosť je poskytovaná na **psychiatrických a neurologických ambulanciách**. Na starostlivosti sa podieľajú aj **denné psychiatrické stacionáre**. V pokročilých štádiách ochorenia sa poskytuje aj **paliatívna, prípadne hospicová starostlivosť**.

Ideálny spôsob starostlivosti o pacientov s demenciou predstavuje **komunitná starostlivosť** s možnosťou ponechania pacienta čo najdlhšie v jeho prirodzenom rodinnom prostredí. V kombinácii s denným stacionárom umožňuje poskytnúť pacientovi v jednotlivých štádiách progresie choroby najvhodnejší a najbezpečnejší typ starostlivosti, monitorovanie výskytu najrušivejších neuropsychiatrických symptómov a oddialenie finálnej inštitucionalizácie. V rámci komunitnej starostlivosti je tiež oveľa jednoduchšie poskytovať zároveň starostlivosť aj rodinám a opatrovníkom pacientov s demenciou, najmä v psychosociálnych centrách a svojpomocných skupinách.

Vo všetkých, ale najmä v pokročilejších štádiách demencie, sú dôležitou súčasťou starostlivosti aj **sociálne služby, vrátane kompenzácií**. V prílohe č. 3 k zákonu č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých

zákonov v znení neskorších predpisov v znení neskorších predpisov sú jednotlivé ochorenia zaradené podľa miery funkčnej poruchy, pričom za osobou s ťažkým zdravotným postihnutím sa považuje osoba, ktorej miera funkčnej poruchy je najmenej 50%.

Špeciálny doplnok štandardu

Informovaný súhlas a postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti bez súhlasu a návrh prekladového listu medzi ústavou a ambulantnou starostlivosťou.

Informovaný súhlas pri diagnostike a liečbe demencie:

Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Pri liečbe pacienta s demenciou sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk). Ak je pacient s demenciou obmedzený v spôsobilosti na právne úkony súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, podpisuje informovaný súhlas jeho súdom určený zákonný zástupca. Ak je pacientom s demenciou dieťa alebo adolescent, informovaný súhlas podpisuje zákonný zástupca - obvykle rodič.

Pri liečbe demencie sa najmä v pokročilejších štádiách môže vyskytnúť situácia, kedy sa takýto informovaný súhlas nevyžaduje. Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v § 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, čiže v prípade demencie ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.)

Postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 6 ods. 9 písm. d zákona č. 576/2004 Z. z.

Podľa § 253 zákona č. 161/2015 Z. z. Civilného mimosporového poriadku zdravotnícke zariadenie, v ktorom je osoba umiestnená z dôvodov uvedených v osobitnom predpise, je povinné oznámiť súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Oznamovaciu povinnosť má zdravotnícke zariadenie aj vtedy, ak umiestnený svoj informovaný súhlas odvolá, a to do 24 hodín od odvolania informovaného súhlasu. Ak je umiestnený, ktorý bol prijatý do zdravotníckeho zariadenia s informovaným súhlasom, obmedzený vo voľnom pohybe alebo styku s vonkajším svetom, je toto zdravotnícke zariadenie povinné urobiť oznámenie podľa odseku 1 do 24 hodín od takého obmedzenia.

Návrh prekladového listu medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou

Prekladový list medzi ústavnou a ambulantnou starostlivosťou by mal obsahovať informácie o zdravotnom stave v rozsahu:

1. dôvod hospitalizácie
2. popis klinického stavu pri prijatí
3. diagnostické intervencie
4. terapeutické intervencie vrátane nefarmakologických
5. popis klinického stavu pri prepustení
6. diagnostický záver s upresnením štádia demencie (ľahká, stredne ťažká, ťažká demencia)
7. odporúčenie diagnostických a terapeutických postupov po prepustení.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Audit v prípade vydania 11. Revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb, prípadne zásadnej zmeny v terapeutických odporúčaníach. Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike. Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Ideálny spôsob starostlivosti o pacientov s demenciou predstavuje komunitná starostlivosť s možnosťou ponechania pacienta čo najdlhšie v jeho prirodzenom rodinnom prostredí. Umožňuje poskytnúť pacientovi v jednotlivých štádiách progresie choroby najvhodnejší a najbezpečnejší typ starostlivosti, monitorovanie výskytu najrušivejších neuropsychiatrických symptómov a oddialenie finálnej inštitucionalizácie. V budúcnosti bude v rámci komunitnej starostlivosti tiež oveľa jednoduchšie poskytovať zároveň starostlivosť aj rodinám a opatrovníkom pacientov s demenciou, najmä v psychosociálnych centrách a svojpomocných skupinách.

Zo strany špecialistov by v rámci koordinovanej starostlivosti bolo potrebné vybudovať (resp. dobudovať) centrá včasnej diagnostiky kognitívnych porúch pri existujúcich psychiatrických a neurologických klinikách či oddeleniach, prípadne vytvoriť takéto špecializované centrá s dobrou dostupnosťou neuropsychologického vyšetrenia a volumetrického MRI vyšetrenia.

Kým bude vybudovaný systém komunitnej starostlivosti, ktorého prirodzenou súčasťou budú aj denné stacionáre, bolo by vhodné pokúsiť sa zriadiť tam, kde je to možné, takéto zariadenia ako zdravotnícke, nie sociálne zariadenia.

Literatúra

AGRONIN ME, MALETTA GJ, editors. Principles and practice of geriatric psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 862 s.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V), 5th ed. Washington: American Psychiatric Press, 2013. 991 s.

BIRKS J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1): CD005593.

DI SANTO SG, PRINELLI F, ADORNI F, CALTAGIRONE C, MUSICCO M. A meta-analysis of the efficacy of donepezil, rivastigmine, galantamine, and memantine in relation to severity of Alzheimer's disease. J Alzheimers Dis. 2013;35(2): 349–361.

GORNO-TEMPINI, M.L, HILLIS, A., WEINTRAUB, S. et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. Neurology 2011;76:1006-1014.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J.: Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání. TIGIS, 2004, 883 s.

IHL R, FRÖLICH L, WINBLAD B, SCHNEIDER L, BURNS A, MÖLLER H-J, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of Alzheimer's disease and other dementias. World J Biol Psychiatry. 2011;12(1): 2–32.

IHL R, BUNEVICIUS R, FRÖLICH L, WINBLAD B, SCHNEIDER LS, DUBOIS B, BURNS A, TH IBAUT F, KASPER S & MÖLLER HJ on behalf of the WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care and WFSBP Task Force on Dementias: World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines for the pharmacological treatment of dementias in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract 2015; 19: 2–7. ISSN 1365-1501 print/ISSN 1471-1788 online. DOI: 10.3109/13651501.2014.961931

JIRÁK R. Extrakt z Ginkgo biloba EGb 761 v léčbě organických psychických poruch. Remedia. 2014;24(6): 479–482.

KRÁLOVÁ, M., 2016. Neuroprotektíva. In: PEČEŇÁK, J.; KOŘÍNKOVÁ, V. ET AL., 2016. Psychofarmakológia. Bratislava: Wolters Kluwer ISBN 978-80-8168-978-80-8168-542-2.

KRÁLOVÁ, M., CSÉFALVAY, Z., MARKOVÁ, J.: Kognitívno-komunikačné poruchy pri demenciách. Vydavateľstvo UK Bratislava, 2016, 126s.

KRÁLOVÁ, M. 2017. Demencie. Univerzita Komenského Bratislava, Lekárska fakulta. 88 s. Online ISBN 978-80-223-4307-7.

McKEITH I.G. et al: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology 2017;89:88–100.

MCSHANE R, AREOSA SASTRE A, MINAKARAN N. Memantine for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2): CD003154.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007. ISBN: 978-1-85433-451-0.

Updated in March 2011 and September 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. NICE Pathway last updated 27 March 2018. Online <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>.

RABOCH J, UHLÍKOVÁ P, HELLEROVÁ P, ANDERS M a ŠUSTA M. 2014. PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče IV. B.m.: Psychiatrická společnost ČLS JEP. 208 s. ISBN 978-80-260-5792-5.

ROMAN GC ET AL. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. Neurology, 1993; 43(2): 250–260.

STAHL, S.M., 2008. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. 3rd ed, Fully and expanded. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2008. 1117 s.

SCHMIDT R, HOFER E, BOUWMAN FH, BUERGER K, CORDONNIER C, FLADBY T, et al. EFNS-ENS/EAN Guideline on concomitant use of cholinesterase inhibitors and memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. Eur J Neurol. 2015;22(6): 889–898.

TAYLOR DM, BARNES TRE, YOUNG AH, editors. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13th edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2018, 854 s. ISBN 9781119442608.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Codification of Diseases, 10th edition (ICD 10). 1992. Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia. 1992. BRATISLAVA: OBZOR, 1992. 171 s.

YOUSUF, R.M., FAUZI, A.R.M., WAI, K.T., AMRAN, M., AKTER, S.F.U., RAMLI, M. Potentially reversible causes of dementia. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. 2010, vol. 2, No. 8, s. 258-265.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008

Zákon č. 461/2003 Z. z o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k manažmentu (prevencii, diagnostike alebo liečbe) ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú

do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity, súvisiace okolnosti alebo liečba, teda odlišný prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 15. januára 2020.

**Andrea Kalavská, v. r.
ministerka**