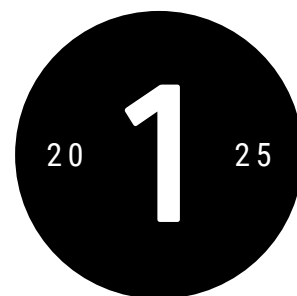


Psychiatria

pre prax



Reprint

Prevalencia a charakteristiky kognitívnych a nekognitívnych príznakov demencie na Slovensku: Multicentrická observačná štúdia Nezábudka II

Mgr. MUDr. Jozef Dragašek, PhD., MHA

Psychiatr. prax, 2025;26(1):28-34

Prevalencia a charakteristiky kognitívnych a nekognitívnych príznakov demencie na Slovensku: Multicentrická observačná štúdia Nezábudka II

Mgr. MUDr. Jozef Dragašek, PhD., MHA

1. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

Starnutie populácie vedie k nárastu počtu pacientov s neurokognitívnymi poruchami, čo predstavuje významnú výzvu pre zdravotnú starostlivosť. Štúdia Nezábudka II analyzuje výskyt kognitívnych a nekognitívnych príznakov demencie na Slovensku s cieľom identifikovať kľúčové faktory ovplyvňujúce diagnostiku a manažment ochorenia. Multicentrická observačná štúdia zahŕňala pacientov s diagnostikovanou demenciou. Boli analyzované demografické a klinické charakteristiky, výsledky kognitívnych testov (MMSE, MoCA) a prítomnosť behaviorálnych a psychologických symptómov demencie (BPSD). Väčšina pacientov bola vo veku 70 – 79 rokov (40,8 %) a ženy tvorili 60,6 % súboru. Priemerné skóre MMSE sa počas 12 mesiacov sledovania znížilo z 18,06 na 14,53 bodov. Behaviorálne a psychologické symptómy boli prítomné u viac ako 70 % pacientov, pričom najčastejšie sa vyskytovali poruchy emočného prejavu. Výsledky štúdie zdôrazňujú potrebu včasného skríningu a komplexného manažmentu demencie, najmä s ohľadom na behaviorálne a psychologické príznaky, ktoré výrazne ovplyvňujú kvalitu života pacientov a ich opatrovateľov.

Kľúčové slová: demencia, kognitívne poruchy, behaviorálne a psychologické symptómy, včasná diagnostika

Prevalence and characteristics of cognitive and non-cognitive symptoms of dementia in Slovakia: A multicentric observational study – Nezábudka II

Population aging is leading to an increase in the number of patients with neurocognitive disorders, presenting a significant challenge for healthcare. The Nezábudka II study examines the prevalence of cognitive and non-cognitive symptoms of dementia in Slovakia, aiming to identify key factors affecting diagnosis and disease management. This multicentric observational study included patients diagnosed with dementia. Demographic and clinical characteristics, cognitive test results (MMSE, MoCA), and the presence of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) were analyzed. The majority of patients were aged 70–79 years (40.8%), with women comprising 60.6% of the sample. The average MMSE score decreased from 18.06 to 14.53 points over 12 months. Behavioural and psychological symptoms were present in more than 70% of patients, with emotional disturbances being the most common. The study highlights the need for early screening and comprehensive dementia management, particularly considering the behavioural and psychological symptoms that significantly impact patients' and caregivers' quality of life.

Key words: dementia, cognitive disorders, behavioral and psychological symptoms, early diagnosis

Psychiatr. prax, 2025;26(1):28-34

Úvod

Starnutie populácie je jedným z najzásadnejších demografických trendov, ktoré vedú k prudkému nárastu počtu pacientov s neurokognitívnymi poruchami, vrátane demencie. Demencia predstavuje progresívne neurodegeneratívne ochorenie, ktoré vedie k poklesu kognitívnych schopností a funkčnej nezávislosti pacienta. Odhaduje sa, že počet ľudí s demenciou sa v nasledujúcich desaťročiach výrazne zvýši. Ako uvádzajú Ozawa a kol., rastúci počet prípadov demencie predstavuje nielen klinický, ale aj spoločenský problém, ktorý si vyžaduje systematickú zmenu prístupu k diagnostike a liečbe. Včasná detekcia kognitívneho poklesu má zásadný význam – umožňuje nielen op-

timálne manažovanie ochorenia, ale aj implementáciu preventívnych opatrení, ktoré môžu spomaliť jeho progresiu (1).

Kognitívne symptómy sú primárnym znakom demencie a zahŕňajú široké spektrum porúch. Medzi hlavné prejavy patrí zhoršenie pamäti, narušenie exekutívnych funkcií, poruchy reči, priestorovej orientácie a zhoršená schopnosť plánovania a rozhodovania. Štúdie potvrdzujú, že kognitívny pokles sa môže veľmi subtilne objavovať pravidelne v skorých fázach demencie a postupne sa prehľbovať. Kým mierne kognitívne poruchy môžu byť reverzibilné, pokročilé štádiá demencie vedú k nezvratnému úpadku mentálnych funkcií (2). Kognitívna deteriorácia je úzko prepojená s rôznymi neuropsychiatrickými symptómami, ako

sú apatia, depresia a psychózy, ktoré majú významný vplyv na kvalitu života pacienta a jeho opatrovateľov.

V kontexte demencie teda zohrávajú behaviorálne a psychologické symptómy (BPSD) zásadnú úlohu, keďže takmer všetci pacienti s demenciou počas priebehu ochorenia preukazujú aspoň jeden z týchto symptómov, čo výrazne ovplyvňuje kvalitu ich života a zvyšuje záťaž pre opatrovateľov. Ich výskyt je tiež sprevádzaný celkovým horším vyústením poruchy, dlhodobými hospitalizáciami, nesprávnym užívaním liečby a zvýšenými nákladmi na zdravotnú starostlivosť. Tieto symptómy sa môžu objavovať aj izolovane, ale je väčší predpoklad, že sa u toho istého pacienta objavia viaceré naraz, v rôznych variáciách (2, 3). BPSD, ktoré sa častokrát označujú aj ako

neuropsychiatrické symptómy, predstavujú heterogénnu skupinu nekognitívnych symptómov a porúch správania. BPSD treba chápať ako jednu zo základných zložiek syndrómu demencie, bez ohľadu na jeho jednotlivé subtypy. BPSD, ako aj zmeny v bežnom dennom fungovaní, sú klinicky rovnako významné, ako zmeny na úrovni kognitívnych funkcií. BPSD, medzi ktoré patrí apatia, agresivita, úzkosť či depresia, majú často fluktuujúcu povahu a môžu signalizovať progresiu ochorenia. Ich dynamický priebeh si vyžaduje systematický a opakovaný skríning nielen kognitívnych funkcií, ale aj správania, aby bolo možné včas identifikovať potrebu intervenčných opatrení. Integrácia multidimenzionálnych diagnostických prístupov, ktorá kombinuje tradičné kognitívne testy s monitorovaním BPSD, predstavuje kľúčový krok k optimalizácii liečebných stratégií tak v špecializovanej, ale, čo je dôležité, aj primárnej starostlivosti (3). Na adekvátne zvládnutie BPSD sa odporúčajú také terapeutické stratégie, ktoré kombinujú nefarmakologické postupy spolu so starostlivo vybranou farmakologickou liečbou. V situácii, keď zvažujeme, že narušené správanie vyžaduje nejaký typ intervencie, je lepšie zvoliť stratégiu skorej prevencie, než len krízovú intervenciu ako reakciu na vzniknuté symptómy. Berúc do úvahy priemerné výsledky pri ovplyvňovaní týchto symptómov sa ukazuje potreba ďalšieho skúmania v tejto oblasti za účelom identifikovania nových farmakologických cieľov a za účelom rozvoja nových nefarmakologických prístupov, ktoré by zlepšili výsledný efekt v snahe čo najlepšie ovplyvniť výskyt BPSD (2). V súčasnosti sa možnosti sledovania a hodnotenia BPSD rozširujú, ako uvádza aj Yuan a kol., pričom poukazujú na význam kontinuálneho monitorovania BPSD aj prostredníctvom inovatívnych technológií, napríklad mobilného robotického sledovania v domácich podmienkach. Takéto prístupy môžu významne prispieť k včasnej identifikácii a diferenciacii jednotlivých symptómov, čo umožní personalizovanú intervenciu a zníženie záťaže rodiny, či opatrovateľov (4).

Metodika

Štúdia NEZÁBUDKA bola navrhnutá ako dvojfázová, prierezová (realizovaná u praktických lekárov) a prospek-

tívna (realizovaná u špecialistov), multientrická, neintervenčná a observačná epidemiologická štúdia, ktorej hlavným cieľom bolo zlepšiť včasný záchyt pacientov s kognitívnym deficitom v ambulantných podmienkach praktických lekárov a monitorovať progresiu ochorenia s osobitným dôrazom na monitorovanie nekognitívnych príznakov demencie u špecialistov.

Primárnym cieľom štúdie NEZÁBUDKA I bolo zaznamenanie výskytu pacientov s kognitívnym deficitom, jeho závažnosti a klinického manažmentu v ambulanciách praktických lekárov na Slovensku formou prierezového sledovania. Predmetom štúdie boli nasledovné diagnostické skupiny: demencia pri Alzheimerovej chorobe, vaskulárna demencia, demencia pri chorobách zatriedených inde, mierna kognitívna porucha. Výsledky tohto sledovania sú súhrnne publikované na inom mieste.

Cieľom štúdie NEZÁBUDKA II bolo podrobné zmapovanie výskytu nekognitívnych (emočných, behaviorálnych) príznakov u pacientov s demenciou v priebehu jedného roka starostlivosti u príslušného špecialistu (neuroológ, psychiater) a ich komparácia s demografickými charakteristikami, závažnosťou poruchy, schopnosťou vykonávať každodenné aktivity a so zvolenými terapeutickými postupmi formou prospektívnej neintervenčnej epidemiologickej štúdie.

Okrem zberu celoslovenských epidemiologických údajov bola sekundárnym cieľom projektu snaha o upriamenie pozornosti praktických lekárov na kognitívne symptómy pacientov a ich diferenciálnu diagnostiku, riešenie reverzibilných foriem poklesu kognitívnych funkcií (NEZÁBUDKA I), ako aj zdôraznenie potreby hodnotenia a liečby nekognitívnych symptómov pri demencii u špecialistov (NEZÁBUDKA II).

V priebehu štúdie NEZÁBUDKA II boli u každého pacienta v sledovaní špecialistu postupne zaznamenávané celkovo 3 návštevy, počas ktorých lekár zaznamenal požadované údaje, predovšetkým výskyt BPSD, zmeny kognitívnej výkonnosti, či nutnosť používania sprievodnej liečby. Návštevy sa konali s časovým odstupom cca 6 mesiacov, teda na začiatku štúdie, po 6 mesiacoch

a po 12 mesiacoch od zaradenia pacienta do štúdie.

V priebehu štúdie boli sledované terapeutické postupy kognitívnych príznakov, ako aj nekognitívnych symptómov, za účelom posúdenia korelácií medzi výskytom príslušných príznakov a zvoleným typom liečby, cieľom sledovania ale nebolo hodnotenie účinnosti ani bezpečnosti liečby.

Štúdia, okrem definovania diagnostických skupín pacientov, nemala žiadne iné začleňujúce alebo vylučovacie kritériá, nezískavali sa údaje nad rámec bežných diagnostických a terapeutických postupov.

Nábor pacientov

Do štúdie NEZÁBUDKA II mohli byť zahrnutí pacienti s diagnostikovanou poruchou: demencia pri Alzheimerovej chorobe, vaskulárna demencia, demencia pri chorobách zatriedených inde, mierna kognitívna porucha. Pacienti boli zaraďovaní tak, v akom poradí prichádzali do centra. Na zaradenie do štúdie nebol rozhodujúci dátum záchytu ochorenia, rok narodenia, ani pohlavie pacienta.

Hodnotiace nástroje a procedúry

Pacienti boli hodnotení pomocou štandardizovaných kognitívnych testov, medzi ktoré patrili Mini-Mental State Examination (MMSE) a voliteľne aj Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Okrem toho boli zaznamenávané aj výsledky funkčných a behaviorálnych hodnotení, ktoré poskytovali informácie o dennej aktivite, schopnosti samostatného fungovania, ako aj výskyte behaviorálnych príznakov. Na doplnenie klinického obrazu sa využívali aj neurovizuálne vyšetrenia, ako súčasť štandardného diagnostického postupu.

Etické aspekty

Štúdia bola vykonaná v súlade s etickými zásadami vyhlásenými v Helsinskej deklarácii a protokol bol schválený príslušnou Etickou komisiou. Všetci pacienti a ich opatrovníci boli pred zaradením do štúdie riadne informovaní o jej priebehu a dali písomný súhlas na zber a spracovanie svojich údajov.

Výsledky

Demografické a klinické charakteristiky

Zo 497 sledovaných pacientov, ktorí ukončili ročné sledovanie, bolo zistené, že najväčšia časť patrila do vekovej skupiny 70 – 79 rokov (40,8 %), pričom významná skupina (34,4 %) bola vo veku 80 – 90 rokov. Pacientmi boli prevažne ženy (60,6 %), zatiaľ čo muži tvorili 38,6 % respondentov. V sledovaní bola väčšinou zaradená skupina pacientov s demenciou pri Alzheimerovej chorobe. Okrem toho bolo v rámci iných typov demencie identifikovaných iba niekoľko prípadov (tabuľka 1). V štúdiu bola z celkového počtu sledovaných pacientov najčastejšie diagnostikovaná demencia s neskorým začiatkom (45,1 %). Pacienti s atypickým alebo zmiešaným typom predstavovali 38,2 %.

Kognitívne hodnotenia

Priemerné skóre MMSE dosiahnuté pri vstupnom vyšetrení bolo 18,06 bodov, pričom počas 6-mesačného sledovania došlo k jeho zníženiu na 16,38 bodov a pri finálnom hodnotení po 12 mesiacoch bolo priemerné skóre 14,53 bodov. Tento pokles spolu s postupne sa zväčšujúcou variabilitou výsledkov naznačuje progresiu kognitívneho poklesu v priebehu sledovaného obdobia. Na druhej strane, test MOCA síce vykázal mierny trend zlepšenia – priemerné skóre sa zvýšilo zo 17,08 na 19,18 bodov – túto zmenu však nevyhodnocujeme a neinterpretujeme ako známku klinického zlepšenia, vzhľadom na skutočnosť, že realizácia MOCA testu bola variabilnou možnosťou, ktorý bol zrealizovaný pri vstupnom vyšetrení len u 50 pacientov a pri výstupnom hodnotení len u 16 pacientov (zo 497).

Neurozobrazovacie vyšetrenia

CT vyšetrenie bolo vykonané u 64 % pacientov, MRI vyšetrenie absolvovalo 38,2 % pacientov, pričom u 83,3 % z nich boli identifikované atrofické zmeny. Vaskulárne zmeny boli potvrdené u 59,8 % pacientov.

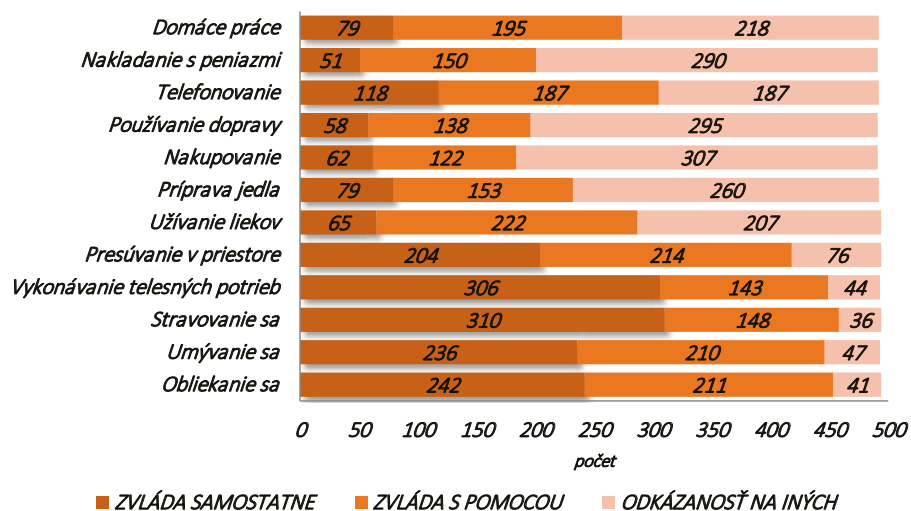
Funkčné a behaviorálne ukazovatele

Hodnotenie dennej funkčnosti pacientov pri vstupnom vyšetrení preuká-

Tabuľka 1. Diagnostické zastúpenie pacientov v sledovanom súbore

Demencia pri Alzheimerovej chorobe	počet	v %
so skorým začiatkom	44	8,9 %
s neskorým začiatkom	224	45,1 %
atypický alebo zmiešaný typ	190	38,2 %
nešpecifikovaná demencia pri Alzheimerovej chorobe	25	5,0 %
N/A	14	2,8 %
Spolu	497	100,0 %

Graf 1. Hodnotenie každodenného fungovania pacientov



zalo, že väčšina pacientov bola schopná vykonávať bežné denné činnosti, ako je samostatné stravovanie, vykonávanie telesných potrieb a obliekanie. Avšak pri činnostiach, ako je príprava jedla a nákupy, bola zistená vyššia miera závislosti od pomoci (graf 1).

Sledovanie behaviorálnych symptómov odhalilo ako najčastejšie, poruchy emočného prejavu, cirkadiánnych rytmov a motorických funkcií. V sledovanej vzorke 497 pacientov sa v priebehu jedného roka potvrdil postupný pokles frekvencie viacerých behaviorálnych a psychologických symptómov demencie. Poruchy emočného prejavu zaznamenali najvyšší výskyt pri vstupnom vyšetrení (70,0 %), avšak po 6 mesiacoch klesli na 53,5 % a po 12 mesiacoch až na 45,5 %. Podobný zostupný trend bol pozorovaný aj pri bludoch (z 19,7 % na 8,5 %, resp. 6,6 %) a halucináciách (z 15,5 % na 7,8 %, resp. 5,0 %). Poruchy motorických funkcií mierne klesali z 41,0 % pri vstupnom vyšetrení na 37,4 % po 6 mesiacoch a 36,0 % po 12 mesiacoch. Výrazný úbytok bol zaznamenaný pri poruchách cirkadiánnych rytmov (z 63,2 %

na 41,2 %, resp. 36,6 %) a taktiež pri poruchách apetítu a stravovania (z 35,0 % na 26,2 %, resp. 24,9 %). Tieto údaje naznačujú, že počas sledovaného obdobia došlo k postupnému zlepšovaniu viacerých behaviorálnych a psychologických symptómov, hoci mieru a tempo tohto poklesu môžu ovplyvňovať viaceré individuálne či terapeutické faktory (graf 2).

Hodnotenie celkového klinického dojmu

V rámci celkového klinického dojmu ohľadom závažnosti ochorenia (CGI-S) pri vstupnom vyšetrení (aritmetický priemer 4,3; medián 6,0; modus 5,0) došlo počas 6 a 12 mesiacov len k miernemu zlepšeniu (aritmetický priemer 4,2, medián 5,5 a modus 4,0 pri oboch kontrolách). V absolútnych počtoch možno vidieť, že skupina pacientov „zreteľne chorých“ (stupeň 5) klesla z 144 osôb pri vstupe na 123 po 6 mesiacoch a 105 po 12 mesiacoch, zatiaľ čo mierne stúpol počet tých, ktorých stav sa posúdil ako mierne chorý (stupeň 3) alebo hraničný (stupeň 2). Aj keď sa teda celkovo u mnohých pacientov prejavilo zlepšenie, závažnejšie stupne ochorenia (stupeň 6 a 7)

zostali prítomné zhruba u podobného počtu osôb (67 → 53 → 51 pre stupeň 6 a 13 → 7 → 13 pre stupeň 7).

Pri porovnaní aktuálneho stavu so vstupným vyšetrením z hľadiska zlepšenia po 6 a 12 mesiacoch sa v aritmetickom priemere (3,7) a mediáne (3,5) neznamenali výrazné zmeny medzi oboma kontrolami. Rozdelenie ukazuje, že najviac pacientov hlásilo minimálne zlepšenie (stupeň 3) alebo bez zmeny (stupeň 4); zároveň sa však zvyšoval aj podiel tých, u ktorých bol stav vyhodnotený ako značne zlepšený (stupeň 2): zo 77 prípadov po 6 mesiacoch na 100 prípadov po 12 mesiacoch. Celkovo teda došlo skôr k minimálnemu až miernemu zlepšeniu, pričom značné zhoršenie (stupeň 6 a 7) bolo v menšine a pohybovalo sa len v rádoch desiatok prípadov.

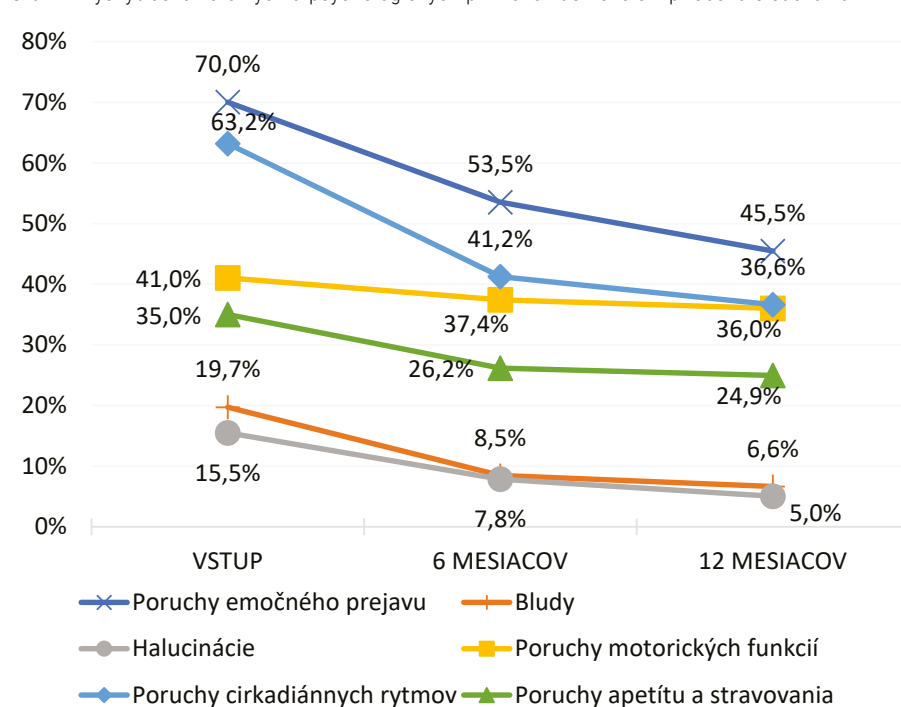
Farmakologická liečba

Liečebné postupy boli individuálne prispôbované klinickému stavu pacientov. Na začiatku väčšina pacientov dostávala liečbu v režime monoterapie (94,2 % pri vstupe vs. 74,6 % po roku), ktorá však s časom ustúpila v prospech kombinovanej liečby.

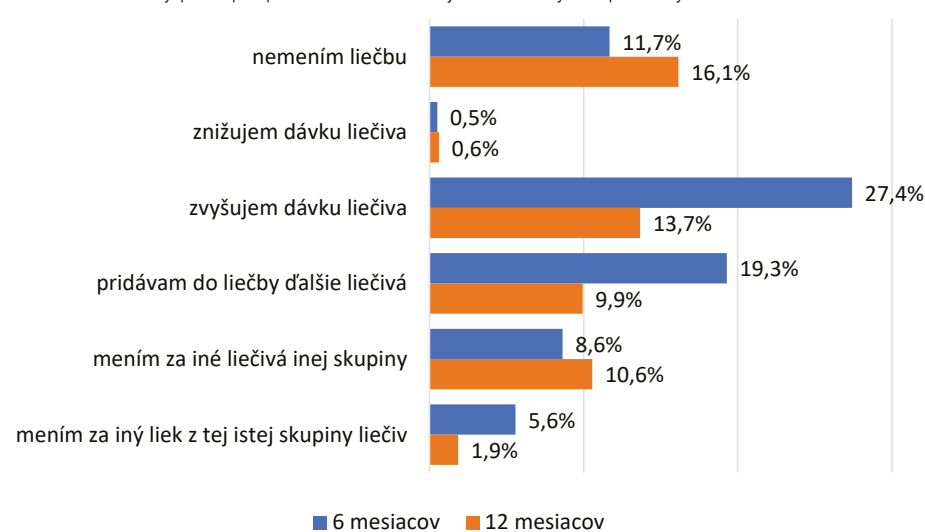
Zo získaných údajov vyplýva, že najčastejšie predpisovaným liekom bol donepezil, ktorý sa využíval u 264 pacientov pri vstupnom vyšetrení, pričom počet pacientov pokračujúcich v liečbe klesol na 234 po 6 mesiacoch a na 207 po 12 mesiacoch. V podobnom pomere sa využíval aj memantín, pri ktorom bolo zaznamenaných 185 použití pri vstupnom vyšetrení, mierne stúpol na 188 po 6 mesiacoch, a následne zostal stabilný na 185 po 12 mesiacoch. Naopak, lieky ako rivastigmin a galantamín boli ordinované oveľa zriedkavejšie.

V prípade kombinovanej liečby, kde bolo ako druhé liečivo pridané ďalšie medikamentózne riešenie, dominoval memantín – jeho využitie stúplo z 30 prípadov pri vstupnom vyšetrení na 56 po 6 mesiacoch a ďalej na 67 po 12 mesiacoch. Ďalšie liečivá, ako donepezil, rivastigmin a galantamín, boli v rámci kombinovanej liečby pridané ako adjuvantná liečba oveľa zriedkavejšie, obvykle pri kombinovanej liečbe dochádzalo k využívaniu synergie medzi inhibítorom acetylcholinesterázy a antagonistu NMDA receptorov.

Graf 2. Výskyt behaviorálnych a psychologických príznakov demencie v priebehu sledovania



Graf 3. Plánovaný postup u pacientov nedosahujúcich želaný terapeutický účinok



Podľa výsledkov, ktoré sme získali v priebehu sledovania, bola na kontrolnom vyšetrení po 6 mesiacoch liečba hodnotená ako účinná u 60,4 % prípadov (300 z 497), pričom po 12 mesiacoch sa tento podiel zvýšil na 67,6 % (336 z 497). U pacientov, u ktorých liečba nedosahovala želaný terapeutický účinok (39,6 % po 6 mesiacoch a 32,4 % po 12 mesiacoch), lekári uviedli rôzne plánované postupy na optimalizáciu liečby (graf 3). Medzi najčastejšie opatrenia patrilo zvyšovanie dávky liečiva, ktoré bolo navrhnuté u 27,4 % prípadov po 6 mesiacoch a 13,7 % po 12 mesiacoch, a pridávanie ďalších liečiv do lie-

čebného režimu – u 19,3 % prípadov po 6 mesiacoch a 9,9 % po 12 mesiacoch. Ďalšie postupy zahŕňali zmenu liečiv za iné liečivá inej skupiny (8,6 % po 6 mesiacoch, 10,6 % po 12 mesiacoch) a zmenu lieku v rámci tej istej skupiny (5,6 % po 6 mesiacoch, 1,9 % po 12 mesiacoch) (pozri graf 3).

V rámci sprievodnej liečby boli najčastejšie využívané tri molekuly – ginkgo biloba, piracetam a tiaprid. Ginkgo biloba sa ukázala ako dominantne predpisovaná látka, pričom bola predpísaná u najvyššieho počtu pacientov (134 pri vstupnom vyšetrení), použitie piracetamu bolo zaznamenané u 50 pacientov na

začiatku liečby. Obe liečivá tvoria základ sprievodnej liečby aj po 6 a 12 mesiacoch sledovania.

Špecifická liečba behaviorálnych a psychologických príznakov demencie bola indikovaná u približne 25 % pacientov v každom z meraných časových bodov (25,8 % pri vstupnom vyšetrení, 23,3 % po 6 mesiacoch a 25,8 % po 12 mesiacoch). Medzi najčastejšie použité terapeutické prístupy patrí liečba pomocou tiapridu, ktorý bol predpísaný najčastejšie (34 prípadov pri vstupnom vyšetrení, 29 po 6 mesiacoch a 27 po 12 mesiacoch), a liečba pomocou kvetiapínu, ktorého využitie sa pohybovalo od 14 prípadov na začiatku, cez 12 po 6 mesiacoch až po 22 prípadov po 12 mesiacoch. Okrem farmakologickej liečby bola v niektorých prípadoch implementovaná aj podporná nefarmakologická intervencia, ktorá bola aplikovaná u 13 pacientov pri vstupnom vyšetrení, 10 po 6 mesiacoch a 8 po 12 mesiacoch.

Diskusia

Výsledky štúdie Nezábudka II poukazujú, že väčšina diagnostikovaných pacientov spadá do vekových kategórií 70 – 79 a 80 – 90 rokov. Výsledky štúdie zaznamenávajú pokles kognitívnych funkcií, čo potvrdzujú znížené skóre MMSE a zvyšujúca sa variabilita výsledkov testov, čo koreluje s progresívnym charakterom ochorenia.

Porovnanie našich výsledkov s medzinárodnou literatúrou ukazuje, že dynamika poklesu kognitívnych funkcií a vysoká prevalencia behaviorálnych a psychologických symptómov demencie (BPSD) nie sú ojedinelé a korešpondujú s typickou priebehovou charakteristikou ochorenia. V prípade adekvátnej a včasnej liečby kognitívnych symptómov môže sa prechodne znížiť frekvencia výskytu BPSD, hoci nie sú symptomaticky riešené iným typom farmakoterapie, prípadne sa využívajú nefarmakologické postupy. Aj z uvedeného dôvodu štúdie z USA a Kanady opakovane zdôrazňujú význam včasného skríningu, ktorý môže viesť k lepšiemu manažmentu ochorenia a optimalizácii starostlivosti o pacientov s demenciou (5). Podobné odporúčania resp. konsenzus vydaný 5. kanadskou konferenciou o diagnostike a liečbe demencie zdôrazňujú potrebu komplexné-

ho hodnotenia pacientov, pričom okrem kognitívnych testov by sa mala venovať pozornosť aj behaviorálnym a funkčným aspektom ochorenia (6).

Štúdia však preukázala aj niekoľko limitujúcich faktorov. Zistili sme, že v rámci použitia kognitívnych skríningových testov bolo pomerne málo frekventované používanie testu MoCA. Hoci MMSE aj MoCA sú bežne používané nástroje, MMSE je vhodnejší na detekciu stredne ťažkej a ťažkej demencie, zatiaľ čo MoCA, ktorá hodnotí širšie spektrum kognitívnych funkcií vrátane exekutívnych funkcií a abstrakcie, je citlivejšia na mierne kognitívne poruchy (MCI) a skoré štádiá demencie. Preto by mohla byť MoCA ako presnejší nástroj pri identifikácii včasných deficitov využívaná v odôvodnených klinických prípadoch vo vyššej frekvencii.

Napriek tomu, že protokol umožňoval zahrnutie pacientov s miernou kognitívnou disfunkciou, špecialisti túto skupinu nezaradili do hodnotenia. Rovnako počet pacientov s iným typom demencie ako demenciou pri Alzheimerovej chorobe bol veľmi nízky (iba 4), a títo pacienti neboli zaradení do analýzy. Tento fakt predstavuje významný limitujúci faktor pri hodnotení získaných výsledkov, vrátane efektívnosti farmakologických a nefarmakologických intervencií v širšom kontexte výskytu syndrómu demencie. Dá sa predpokladať, že časť pacientov s prevažujúcou vaskulárnou etiológiou bola kategorizovaná v skupine pacientov s atypickým alebo zmiešaným typom demencie pri Alzheimerovej chorobe z dôvodov umožnenia preskripcie kognitív.

Ďalším limitujúcim aspektom je, že štúdia nesledovala dynamiku zmien funkčnosti v bežných denných aktivitách, čo by mohlo poskytnúť dôležité informácie o vplyve demencie na kvalitu života pacientov a ich opatrovateľov, pričom analýza poskytla len náhľad na túto problematiku v rámci vstupného vyšetrenia.

Odporúčania pre liečbu Alzheimerovej demencie v raných štádiách uprednostňujú primárnu farmakoterapiu inhibítormi cholinesteráz (napr. donepezil, rivastigmin, galantamín) u pacientov s ľahkou až stredne ťažkou

demenciou (7). Naša štúdia zistila, že väčšina lekárov uprednostňuje monoterapiu s donepezilom, čo zodpovedá týmto odporúčaniam. Avšak, pre pacientov s progresiou ochorenia sa odporúča kombinovaná terapia (napr. donepezil s memantínom), ktorá v našom prieskume aj vzhľadom k priemernému skóre MMSE bola využívaná zriedkavo.

Dôležitým zistením tohto prieskumného projektu bolo, že napriek vysokej prevalencii BPSD v sledovanej populácii pacientov, sú tieto symptómy v bežnej praxi na Slovensku riešené len zriedka. Na cielenú otázku, či sú špecificky liečené behaviorálne a psychologické príznaky demencie, odpovedala kladne pri troch kontrolách len 1/5 špecialistov. Smernice s odporúčaniami zdôrazňujú, že v prvej línii by sa mala aplikovať nefarmakologická intervencia, pričom farmakologická liečba (napr. antipsychotiká) by mala byť zvažovaná len v prípadoch, keď tieto opatrenia nevedú k uspokojivému efektu a symptómy predstavujú riziko pre pacienta alebo jeho okolie. Z našich výsledkov vyplýva, že aj používanie nefarmakologických postupov pri výskyte BPSD je veľmi nízke. Tieto zistenia poukazujú na to, že špecifická liečba BPSD je u väčšiny pacientov nedostatočne riešená, čo zdôrazňuje potrebu ďalšieho zlepšenia vzdelávania v oblasti nielen skríninových, ale aj terapeutických stratégií.

Celkovo tak naše zistenia potvrdzujú nielen význam včasnej diagnostiky a komplexného manažmentu demencie, ale tiež poukazujú na niekoľko vyššie uvedených kritických limitujúcich faktorov, ktoré by mali byť adresované v budúcich prieskumných prácach a pri optimalizácii klinickej praxe. Takéto opatrenia môžu viesť k zlepšeniu kvality života pacientov aj ich opatrovateľov a zníženiu záťaže na zdravotný systém (6).

Záver

Naše zistenia potvrdzujú, že klinická prax v oblasti diagnostiky a liečby demencie na Slovensku vo veľkej miere koreluje s príslušnými odporúčaniami, najmä pokiaľ ide o diagnostické postupy a primárnu kognitívnu terapiu. Avšak zistená nedostatočnosť využívania MoCA testovania, či podcenenie liečby BPSD

predstavujú oblasti, ktoré je potrebné zlepšiť. V budúcnosti by bolo vhodné posilniť vzdelávanie lekárov v oblasti diagnostických postupov, optimalizovať terapeutické stratégie – vrátane využitia kombinovanej liečby u pacientov s progresiou ochorenia – a implementovať účinnejšie prístupy k liečbe BPSD, aby sa zabezpečila komplexná a individuálna starostlivosť o pacientov s demenciou

Vyhlásenie k etickým aspektom publikácie: Štúdia bola preskúmaná a schválená Etickou komisiou Košického samosprávneho kraja (číslo protokolu štúdie: 2884/2019/ODDS-3886). Spracovanie údajov sa uskutočnilo v súlade s miestnou legislatívou.

Potenciálny konflikt záujmov:
Autor sa zúčastnil vzdelávacích podujatí organizovaných spoločnosťou Krka a prijal v uplynulých dvoch rokoch honorár za prednáškovú a konzultačnú činnosť od spoločnosti Krka.

Literatúra

1. Ozawa T, Selzler KJ, Ball DE, et al. The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease Effects of the Davos Alzheimer's Collaborative early detection of cognitive impairment program on clinician attitudes, engagement, and confidence. J Prev Alzheimers Dis [Internet]. 2025;12(3):100038. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tpad.2024.100038>
2. van der Linde RM, Denning T, Stephan BCM, et al. Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. British Journal of Psychiatry. 2016;209(5):366-77.
3. Preuss UW, Wong JWM, Koller G. Przegląd metod leczenia behawioralnych i psychicznych symptomów otępień (BPSD). Psychiatr Pol. 2016;50(4):679-715.

4. Yuan H, Yang T, Xie Q, et al. Modeling and mobile home monitoring of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). BMC Psychiatry [Internet]. 2024;24(1):1-21. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05579-5>
5. Hudomiet P, Hurd MD, Liu JL, et al. Improving the Detection of Cognitive Impairment and the Pathway to Treatment. RAND - Research & Commentary. 2024;dec:8.
6. Tang-Wai DF, Smith EE, Bruneau MA, et al. CCCDTD5 recommendations on early and timely assessment of neurocognitive disorders using cognitive, behavioral, and functional scales. Alzheimer's and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions. 2020;6(1):1-15.
7. Kráľová M, Breznoščáková D, Zelman M. Demencia pri Alzheimerovej chorobe. Štandardné diagnostické a terapeutické postupy. MZ SR; 2020.

Mgr. MUDr. Jozef Dragašek, PhD., MHA

1. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP Košice
Trieda SNP 1, 040 11 Košice
jozef.dragasek@upjs.sk



Yasnal® Yasnal Q-Tab®

donepezil
filmom obalené tablety
5 mg, 10 mg

donepezil
orodispergovateľné tablety
5 mg, 10 mg

*Aby spomienky
nevybledli*

Indikovaný na symptomatickú liečbu **miernej až stredne závažnej Alzheimerovej demencie** ^{1,2}

Viac ako 20 rokov **klinických skúseností** ³

K dispozícii aj orodispergovateľná forma **s banánovou príchuťou, bez laktózy** ²



marixino®

memantín
filmom obalené tablety
10 mg, 20 mg

Lepšie dni pre pacientov s Alzheimerovou demenciou ⁴

Liečba dospelých pacientov **s Alzheimerovou chorobou stredného až ťažkého stupňa** ⁴

10 rokov **klinických skúseností** ⁵

Účinnosť a bezpečnosť Marixino bola **dokázaná v klinických štúdiách** ⁶

SPC Yasnal

SPC Yasnal Q-Tab

SPC Marixino



Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností liekov Yasnal, Yasnal Q-Tab, Marixino. SPC týchto liekov si môžete na vyžiadanie získať od zástupcov spoločnosti Krka alebo naskenovaním QR kódu. SPC liekov Yasnal, Yasnal Q-Tab, Marixino je dostupné na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv www.sukl.sk po zadaní názvu lieku do políčka vyhľadávaca. Táto informácia o lieku je určená osobám oprávneným predpisovať alebo vydávať lieky. Výdaj lieku je viazaný na lekárske predpis.

Literatúra: 1. SPC Yasnal, 2. SPC Yasnal Q-Tab, 3. Data on file, Krka, d.d., Novo mesto, first launched in 2002, 4. SPC Marixino, 5. Data on file, Krka, d.d., Novo mesto, 2012, 6. Muršec M, Škrap Vozelj S, Barbič-Žagar B. Post-authorisation efficacy and safety study of memantine (Memaxa®) in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *ViceVersa* 2016; 60: 60-65.

Dátum prípravy materiálu: 3/2025.

Úplnú informáciu o lieku získate na adrese:

KRKA Slovensko, s.r.o., Karadžičova 8, 821 08 Bratislava,
Tel. (02) 571 04 501, E-mail: info.sk@krka.biz, www.krka.sk

