

# Via practica



## Téma roka

- » **Spôsob komunikácie s pacientmi s (pre)obezitou preukázateľne ovplyvňuje proces a výsledky ich liečby**

## Prehľadové články

- » **Mechanizmus pôsobenia antiretrovírusových liečiv indukujúcich sekundárnu osteoporózu**

## Medziodborové konzílium

- » **Primárna hyperparatyreóza – operácie pomocou gama sondy**
- » **Urogynekologické fistuly**

## Všeobecné lekárstvo

- » **Nočná práca a jej bezpečnostné a zdravotné riziká**

## Pôvodné práce & kazuistiky

- » **Výsledky epidemiologického sledovania projektu NEZÁBUDKA I a jeho implikácie pre klinickú prax**
- » **Polymyalgia rheumatica**

## Memorix

- » **Kľúčové stavy v prednemocničnej neodkladnej starostlivosti**

# Včasná detekcia neurokognitívnych porúch v primárnej starostlivosti: Výsledky epidemiologického sledovania projektu NEZÁBUDKA I a jeho implikácie pre klinickú prax

Mgr. MUDr. Jozef Dragašek, PhD., MHA

1. psychiatrická klinika UPJŠ LF a UNLP Košice

Štúdia skúma včasnú detekciu neurokognitívnych porúch v prostredí primárnej starostlivosti prostredníctvom epidemiologického sledovania projektu NEZÁBUDKA I. V multicentrickej observačnej štúdii, ktorej súčasťou bolo 408 pacientov z 53 centier, bol implementovaný štvordielny skriningový protokol. Protokol zahŕňal hodnotenie varovných príznakov, krátke kognitívne testy (vrátane orientácie, testu kreslenia hodín a overenia čerstvých informácií), dopĺňajúce rozhovory s blízkymi osobami a záverečné zhodnotenie. Zistenia ukazujú vysokú prevalenciu kognitívnych dysfunkcií, zdôrazňujúce potrebu integrácie rýchlych a nákladovo efektívnych skriningových nástrojov do každodennej klinickej praxe. Štúdia zároveň podnecuje interdisciplinárnu spoluprácu a kontinuálne vzdelávanie zdravotníckeho personálu, čo môže viesť k zvýšeniu diagnostickej presnosti a lepšiemu manažmentu pacientov v kontexte starnúcej populácie.

**Kľúčové slová:** demencia, kognitívne poruchy, včasná diagnostika, skrining, primárna starostlivosť

## Early detection of neurocognitive disorders in primary care: results of the NEZABUDKA I epidemiological screening project and its implications for clinical practice

This study investigates the early detection of neurocognitive disorders within primary care settings through the NEZABUDKA I epidemiological screening project. Employing a multicenter, observational design with 408 patients across 53 centers, a structured four-step screening protocol was implemented. This protocol included the evaluation of warning signs, brief cognitive assessments (such as orientation, clock drawing, and recent information recall), corroborative interviews with close persons and final analysis. The findings reveal a high prevalence of subtle cognitive impairments among the participants, thereby emphasizing the importance of integrating rapid, cost-effective screening tools into routine clinical practice. Ultimately, the study advocates for enhanced interdisciplinary collaboration and continuous medical education to improve diagnostic accuracy and patient management in an aging population.

**Key words:** dementia, cognitive disorders, early diagnosis, screening, primary care

Via pract., 2025;22(2):70-75

### Úvod

Starnutie populácie a narastajúci výskyt demencie predstavujú jednu z najväčších výziev súčasného zdravotníckeho systému. Odhady naznačujú, že počet pacientov s Alzheimerovou chorobou a ďalšími neurodegeneratívnymi poruchami sa v nasledujúcich desaťročiach výrazne zvýši – v USA sa očakáva zdvojnásobenie počtu pacientov až na približne 14 miliónov do roku 2060 (1). Podobné trendy pozorujeme aj v iných krajinách, pričom globálne starnutie obyvateľstva vedie k zvýšenej potrebe včasnej diagnostiky a manažmentu týchto ochorení.

Včasná detekcia kognitívnych porúch umožňuje nielen implementáciu preventívnych opatrení, ale aj poskytnutie podpory, ktorá môže spomaliť progresiu ochorenia a zlepšiť kvalitu života pacientov a ich opatrovateľov. Podľa odporúčaní vydaných

5. kanadskou konferenciou o diagnostike a liečbe demencie je včasné hodnotenie kognitívnych, behaviorálnych a funkčných zmien kľúčové pre správnu intervenciu (2). Tento prístup je obzvlášť dôležitý vzhľadom na vznik nových terapeutických možností vrátane nových anti-amyloidových liekov, ktoré môžu byť najúčinnnejšie práve v raných štádiách ochorenia (3).

Primárnu starostlivosť možno považovať za „prvú bránu“ k diagnostike demencie, avšak výskumy poukazujú na to, že až 65 % prípadov kognitívnych deficitov v primárnej starostlivosti ostáva nedostatočne identifikovaných (4). Disler a kol. vo svojej práci prezentujú nový model, v ktorom všeobecní lekári zohrávajú kľúčovú úlohu pri včasnej identifikácii demencie v regionálnych komunitách. Tento prístup nielen zvyšuje dostupnosť skriningových služieb, ale aj umožňuje

včasnú intervenciu a následnú koordináciu so špecialistami (5). Zabezpečenie primeraného vzdelania a podpory pre všeobecných lekárov je preto nevyhnutné pre zlepšenie včasného odhalenia kognitívnych porúch.

Napriek existencii viacerých nástrojov na skrining, ako sú MMSE, MoCA, Mini-Cog a GPCog, sú niektoré tieto testy často časovo náročné a menej prispôbené pre heterogénne populácie starších pacientov, ktorí môžu mať odlišnú úroveň vzdelania či jazykové bariéry (6). Preto sa v súčasnosti odporúča využívať rizikové stratifikačné prístupy, ktoré umožňujú identifikovať skupiny s vyšším rizikom demencie, a tak optimalizovať využitie dostupných zdrojov a zamerať podrobnejšie vyšetrenia len na tých pacientov, u ktorých je pravdepodobnosť skutočného kognitívneho poklesu najvyššia (2).

Výzvou pre súčasnú prax je nielen zlepšenie skríningu, ale aj optimalizácia následných klinických postupov a multidisciplinárna spolupráca. Moderné prístupy zahŕňajú digitálne kognitívne hodnotenia a použitie biomarkerov, ktoré môžu zvýšiť presnosť a rýchlosť diagnostiky v primárnej starostlivosti. Podľa štúdie DAC-SP má implementácia digitálnych nástrojov potenciál zvýšiť mieru včasného odhalenia kognitívnych porúch a posilniť dôveru lekárov v ich schopnosti vyhodnotiť a manažovať tieto stavy (7).

Pre všeobecných lekárov a zdravotnícky personál podieľajúci sa na starostlivosti o osoby s kognitívnym deficitom je kľúčové, aby do svojej každodennej praxe začlenili osvedčené rýchle a efektívne nástroje na hodnotenie kognitívnych funkcií. Súčasťou tohto prístupu je aj systematické vzdelávanie všeobecných lekárov, ktoré môže zlepšiť ich sebavedomie pri identifikácii raných príznakov demencie. Takéto iniciatívy už preukázali, že môžu zvýšiť detekciu demencie a znížiť rozdiely v diagnostike medzi rôznymi skupinami pacientov vrátane menšín a osôb s nižším vzdelaním (2, 4, 8).

Sumárne teda včasná diagnostika neurokognitívnych porúch v primárnej starostlivosti predstavuje zásadný prvok v zmiernení negatívnych dôsledkov demencie na kvalitu života pacientov a ich opatrovateľov. Efektívna integrácia rizikových stratifikačných nástrojov, krátkych a presných kognitívnych testov a multidisciplinárnej spolupráce medzi všeobecnými lekármi a špecialistami môže významne prispieť k zlepšeniu starostlivosti. Vzhľadom na rastúci počet neidentifikovaných prípadov demencie a súvisiace negatívne dopady na kvalitu života pacientov a ich rodín je nevyhnutné implementovať efektívne skrínigové protokoly a podporiť interdisciplinárnu spoluprácu medzi primárnou starostlivosťou a špecializovanými centrami.

Projekt NEZÁBUDKA predstavuje multicentrické observačné sledovanie, ktorého cieľom bolo zlepšiť včasnú identifikáciu pacientov s kognitívnym deficitom na Slovensku. Štúdia kombinovala prierezový prístup v ambulantných podmienkach všeobecných lekárov s pro-

spektívnym sledovaním kognitívnych a nekognitívnych príznakov demencie, spolu s narušením každodenného fungovania pacientov u špecialistov.

### Metodika

Štúdia NEZÁBUDKA bola navrhnutá ako dvojfázový multicentrický intervenčný a observačný epidemiologický zber dát, ktorý kombinoval prierezový prístup realizovaný u všeobecných lekárov a prospektívny prístup vykonávaný u špecialistov. Hlavným cieľom tejto štúdie bolo zlepšiť včasnú identifikáciu pacientov s kognitívnym deficitom v ambulantných podmienkach všeobecných lekárov a zároveň monitorovať progresiu ochorenia, s osobitným dôrazom na sledovanie nekognitívnych príznakov demencie.

V prvej fáze, označenej ako NEZÁBUDKA I, sme sa primárne zamerali na zaznamenanie výskytu pacientov s kognitívnym deficitom, určenie závažnosti týchto porúch a prípadné nasmerovanie klinického manažmentu v ambulanciách všeobecných lekárov. Predmetom sledovania boli diagnostické skupiny zahŕňajúce demenciu pri Alzheimerovej chorobe, vaskulárnu demenciu, demenciu pri iných ochoreniach a miernu kognitívnu poruchu.

V druhej fáze, NEZÁBUDKA II, boli prospektívne sledované kognitívne a nekognitívne príznaky demencie u špecialistov, aby sme získali detailnejší obraz o existencii behaviorálnych a psychologických symptómov, ktoré významne ovplyvňujú kvalitu života pacientov a ich opatrovateľov. Výsledky tejto časti prieskumu sú sumárne uvedené v diskusnej časti článku.

Sekundárnym cieľom projektu bolo nielen zhromaždiť celoslovenské epidemiologické údaje, ale aj zvýšiť povedomie všeobecných lekárov o kognitívnych symptómoch pacientov, ich dosahu na každodenné fungovanie pacientov a podporiť diferenciálno-diagnostické úvahy pri manažmente pacientov s kognitívnym deficitom. Zvláštny dôraz sme kládli na identifikáciu reverzibilných foriem poklesu kognitívnych funkcií, čo vo veľkej miere predstavuje kľúčový krok k prevencii a optimalizácii liečebného postupu.

Metodologický rámec štúdie bol starostlivo navrhnutý tak, aby zabezpečil komplexné a spoľahlivé zhromažďovanie dát. Kombináciou prierezového a prospektívneho prístupu sme získali možnosť hodnotiť aktuálny stav kognitívnych a nekognitívnych príznakov demencie naprieč rôznymi regiónmi Slovenska a následne sledovať ich progresiu v čase. Získané údaje prispievajú k hlbšiemu pochopeniu reálneho stavu manažmentu kognitívnych deficitov v ambulantnej starostlivosti všeobecných lekárov, čo umožňuje identifikovať oblasti, kde je potrebná ďalšia intervencia a optimalizácia klinických postupov a smerovania pacienta.

### Protokol klinického sledovania

V tejto štúdii boli informácie o pacientoch zbierané v postupných, sekvenčných krokoch, ktoré zaistovali systematický a komplexný prístup k hodnoteniu kognitívnych funkcií. Každý krok bol navrhnutý tak, aby po predbežnom zistení potenciálnych ťažkostí odporúčal prechod do ďalšieho stupňa vyšetrenia a analýzy získaných údajov

### Krok 1 – Varovné príznaky

Na začiatku protokolu sa hodnotili varovné príznaky, pričom bolo nutné prejsť zoznamom prejavov, na ktoré sa môže pacient alebo jeho okolie sťažovať. Medzi tieto príznaky patrili napríklad strata pamäti, zmena denných aktivít, zmena vo vyjadrovaní, strata orientovanosti, narušenie úsudku, problémy s abstraktným myslením, neusporiadanosť myslenia či konania. Tento krok bol orientovaný na identifikáciu novonadobudnutých ťažkostí, ktoré by mohli slúžiť ako varovné príznaky rozvíjajúceho sa kognitívneho deficitu. Ak boli v tomto kroku zaznamenané viac ako dva varovné príznaky, bolo potrebné v ďalších krokoch pátrať po potenciálnom kognitívnom deficite. Prítomnosť varovných príznakov neznamena automaticky, že ide o kognitívnu poruchu, pretože rôzne stavy – napríklad cievne príhody, depresia, alkoholizmus, infekcie, hormonálne zmeny, nutričný deficit alebo mozgové nádory – môžu vyvolať symptómy pripomínajúce demenciu.

## Krok 2 – Orientačné hodnotenie kognitívnych funkcií pacienta

Nasledujúci krok sa zameriaval na podrobné hodnotenie kognitívnych funkcií pacienta. Vyšetrenie zahŕňalo test orientácie v čase (napríklad otázka „Aký je dátum?“), test kreslenia hodín, pri ktorom bol vyžadovaný presný rozpis číslíc na ciferníku a správne zakreslenie ručičiek (konkrétne zobrazenie času 11.10 hod.), a overenie čerstvej známej informácie, kde pacient odpovedal na otázku týkajúcu sa nedávnych udalostí v správach. Okrem toho bola súčasťou vyšetrenia aj skúška výbavnosti pamäti, pri ktorej si pacient zapamätal meno a adresu neznámej osoby. Výsledky tohto kroku pomáhali rozlíšiť medzi pacientmi s naznačeným narušením kognitívnych funkcií a tými, u ktorých bolo potrebné získať viac informácií. Test kreslenia hodín sme použili, pretože je to jednoduchý, rýchly a ľahko administratívne hodnotiteľný nástroj, ktorý umožňuje efektívne hodnotiť kognitívny deficit. Jeho aplikácia nevyžaduje rozsiahle inštrukcie, čo z neho robí vhodný skriningový test v klinickej praxi. Okrem celkového posúdenia kognitívnych funkcií test CDT citlivo odhaľuje aj prejavy apraxie, čím prispieva ku komplexnému zhodnoteniu exekutívnych a vizuálno-priestorových schopností pacientov. V rámci metodológie sme na základe získaného skóre v hodnotení pacienta určili ďalší postup. Pacientov, ktorí dosahovali vysoké skóre, sme vyhodnotili ako osoby bez prejavov signifikantného poklesu kognitívnych funkcií, a preto u nich prípadné ďalšie testovanie alebo postúpenie na vyšetrenie špecialistom nebolo indikované. Tí respondenti, ktorí mali stredné skóre, vyžadovali dodatočné informácie (krok 3), a preto sme ich zaradili do ďalšej fázy diagnostického postupu. Naopak, pacientov s nízkym skóre sme identifikovali ako osoby s naznačeným narušením kognitívnych funkcií, čo nás viedlo k odporúčaní štandardného vyšetrenia u špecialistu.

## Krok 3 – Rozhovor s blízkou osobou pacienta

Ďalším krokom bolo vykonanie rozhovoru s blízkou osobou pacienta. V tejto fáze bolo položených šesť štandardizovaných otázok, ktoré porovnávali súčasný stav pacienta s obdobím pred

5 – 10 rokmi. Tieto otázky sa zameriávali na schopnosť zapamätať si nedávne udalosti, vybavovanie si obsahu diskusií, problémy v rečovom prejave, ako aj na ťažkosti pri riešení finančných záležitostí, príprave liekov a cestovaní. Získané informácie zohrávali dôležitú úlohu pri potvrdení alebo vyvrátení zistení z predchádzajúcich krokov.

## Krok 4 – Zhodnotenie, vylúčenie sekundárnych ťažkostí a odporúčanie

Posledný krok zahŕňal celkové zhodnotenie stavu pacienta a vylúčenie sekundárnych príčin zistených ťažkostí. Ak bolo v kroku 2 alebo 3 naznačené narušenie kognitívnych funkcií, vyšetrujúci najprv prostredníctvom odporúčaného základného laboratórneho skriningu (krvný obraz, glykémia, urea, kreatinín, AST, ALT, bilirubín, lipidogram, elektrolyty, TSH, koncentrácie vitamínu B12 a folátu) vylúčil možné reverzibilné príčiny, ako sú anémia, infekcie, hormonálne zmeny, nutričný deficit či iné metabolické a cievne poruchy. V prípade klinickej indikácie boli vykonané aj ďalšie vyšetrenia (napr. RTG hrudníka, EKG). Po vylúčení sekundárnych príčin nasledovalo odporúčanie štandardného postupu, teda odoslanie pacienta k špecialistovi, ako je neurológ alebo psychiater.

Zber demografických údajov, ako je vek a pohlavie, nebol súčasťou prvej fázy projektu NEZÁBUDKA z viacerých dôvodov. Hlavným cieľom projektu bolo upriamiť pozornosť všeobecných lekárov na kognitívne symptómy pacientov a podporiť ich diferenciálnu diagnostiku pomocou jednoduchých a rýchlo aplikovateľných nástrojov v bežnej klinickej praxi, nie korelovať získané dáta s konkrétnymi demografickými charakteristikami. Dáta sme zameriávali výlučne na skorý skrining možného výskytu kognitívneho deficitu, čo umožnilo minimalizovať administratívnu záťaž a zjednodušiť dotazník pri dodržaní anonymného zberu dát. Tento prístup nám umožnil sústrediť sa na implementáciu praktických nástrojov, ktoré sú ľahko použiteľné v každodennej praxi a ktoré môžu byť okamžite aplikované na identifikáciu potenciálne narušených kognitívnych funkcií.

## Výsledky

### Participujúce centrá a regióny

V štúdiu sme získali odpovede od respondentov zo širokého geografického spektra Slovenska, pričom celkovo bolo do štúdie zapojených 53 centier. Najväčšie zastúpenie bolo zaznamenané v Prešovskom kraji, ktorý tvoril približne 28 % všetkých odpovedí. Nasledujú Bratislavský kraj s podielom okolo 25 % a Košický kraj, kde bolo evidovaných približne 17 % odpovedí. Nižšie zastúpenie vykazovali aj ďalšie regióny, najmä Trnavský a Žilinský kraj, kde podiel respondentov bol približne 4 %.

Celkovo bolo do štúdie zapojených 408 respondentov, pričom hodnotenie sa zameriavalo na pacientov s potenciálnym výskytom kognitívnych dysfunkcií.

### Hodnotenie varovných príznakov

Prvotné hodnotenie varovných príznakov ukázalo, že najčastejším hláseným príznakom bola strata pamäti, ktorú uvádzalo približne 61,5 % respondentov. Zmeny vo vyjadrovaní aj zmena nálady sa vyskytovali u približne 56,6 % účastníkov, pričom strata iniciatívy bola hlásená u 52,5 % respondentov. Medzi ďalšie varovné príznaky patrila aj zmena denných aktivít (52 %), narušenie úsudku (40,4 %), neusporiadanosť (40 %), narušenie myslenia (37,5 %), strata orientovanosti (36 %) a zmena osobnosti (34,3 %). Najnižšie zastúpeným príznakom bola strata priestorového vnímania, ktorú uviedlo 23,8 % respondentov (graf 1).

Deskriptívna analýza celkového skóre varovných príznakov, ktoré respondenti hodnotili zo súboru 11 možných príznakov, ukázala, že priemerne sa uvádzalo 5 príznakov. Medián aj najčastejšia hodnota (modus) boli stanovené na hodnotu 4.

### Hodnotenie kognitívnej výkonnosti pacienta

Na celkovej vzorke 408 pacientov bolo vykonané hodnotenie kognitívnej výkonnosti pomocou viacerých úloh. Na otázku zameranú na orientáciu v čase správne odpovedalo 250 pacientov, čo predstavuje približne 61 % z celkového počtu. Pri teste kreslenia hodín boli správne umiestnené číslice u 213

pacientov (približne 52 %) a správne umiestnené ručičky u 159 pacientov (okolo 39 %). Overenie pre respondenta čerstvej známej informácie bolo úspešne splnené u 120 pacientov (približne 29 %). Čo sa týka bezprostrednej výbavnosti údajov o cudzej osobe poskytnutých tesne pred hodnotením, správne meno uviedlo 266 pacientov (65 %), priezvisko 240 pacientov (59 %), adresu 122 pacientov (30 %), číslo ulice 119 pacientov (29 %) a mesto 217 pacientov (53 %).

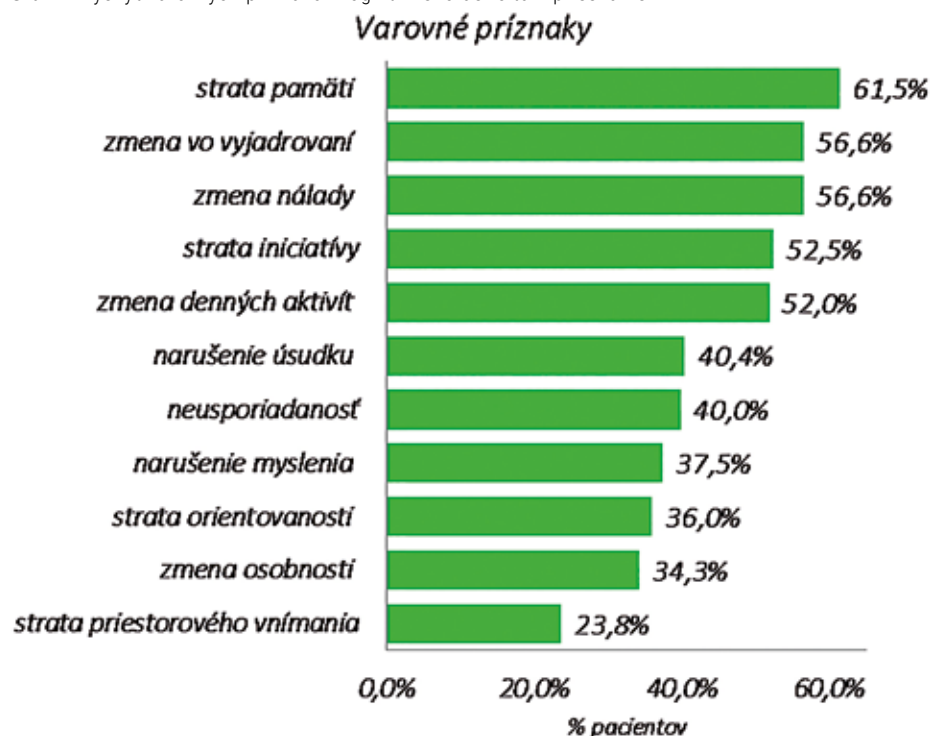
Celkové skóre, ktoré sumarizovalo výsledky hodnotenia, umožnilo pacientov rozdeliť do troch kategórií. Najväčšia skupina, tvorená pacientmi s nízkym skóre (0 – 4), pozostávala z 54,9 % účastníkov, čo naznačuje, že u týchto pacientov je prítomné naznačené narušenie kognitívnych funkcií. Pacienti so stredným skóre (5 – 8), ktorí tvorili 34,3 % vzorky, vyžadovali podrobnejšie posúdenie. Najmenšia skupina, pacienti s vysokým skóre (9), ktorých bolo 10,8 %, sa vykazovala bez signifikantného poklesu kognitívnych funkcií (graf 2). Aritmetický priemer celkového skóre bol stanovený na 4,18, čo spolu s mediánom 4 a najčastejšou hodnotou 2 poukazuje na miernu variabilitu výsledkov v rámci vzorky a naznačuje priemerne nízke hodnotenie s upriamením pozornosti na častotť výskytu kognitívnej dysfunkcie.

### Rozhovor s blízkou osobou pacienta

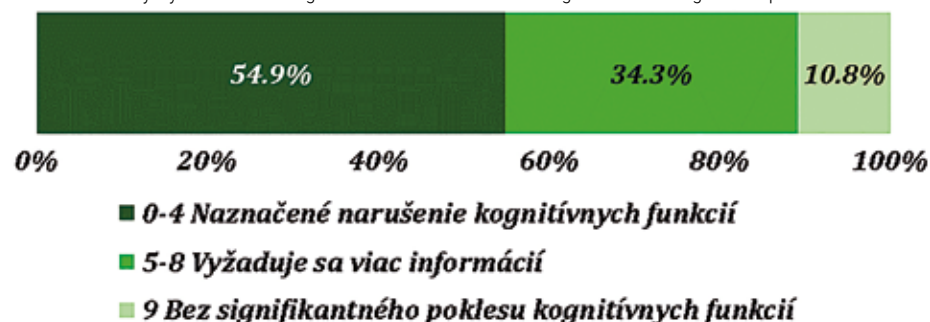
Rozhovor s blízkou osobou pacienta poskytol cenné informácie o zmenách v správaní a funkčných schopnostiach pacientov v porovnaní s obdobím 5 – 10 rokov naspäť. Pri hodnotení vzťahu k pacientovi najčastejšou odpoveďou bolo, že pacienta sprevádzala dcéra (15,9 % prípadov), zatiaľ čo manželka a syn boli prítomní v 7,4 % a 7,1 % prípadov. Viac ako polovica respondentov (54,9 %) neuviedla konkrétny vzťah k pacientovi.

Respondenti zároveň potvrdili, že u pacientov sa v porovnaní s minulosťou čoraz častejšie vyskytujú problémy s pamäťou. Približne 40,4 % respondentov uviedlo, že pacienti majú problém zapamätať si nedávne udalosti, a 37,5 % zaznamenalo ťažkosti so spomenutím si na obsah diskusie spred pár dní. Okrem toho 36,5 % respondentov uvied-

Graf 1. Výskyt varovných príznakov kognitívneho deficitu v prieskume



Graf 2. Celkový výsledok skríningového skóre hodnotenia kognitívneho fungovania pacientov



lo, že pacienti majú problémy pri hľadaní správnych slov alebo tendenciu používať nesprávne slová častejšie.

Ďalšie hodnotenie poukázalo na zhoršenie praktických funkcií pacientov. Respondenti zaznamenali, že u približne 31 % pacientov sa zhoršila schopnosť nakladať s peniazmi a taktiež samostatne si pripravovať lieky. Okrem toho bolo hlásené, že u 35 % pacientov je potrebná väčšia pomoc pri cestovaní. Tieto zistenia naznačujú, že u pacientov dochádza nielen k postupnému zhoršovaniu kognitívnych funkcií, ale aj k zníženiu praktickej samostatnosti v každodennom živote (graf 3).

### Celkové zhodnotenie stavu

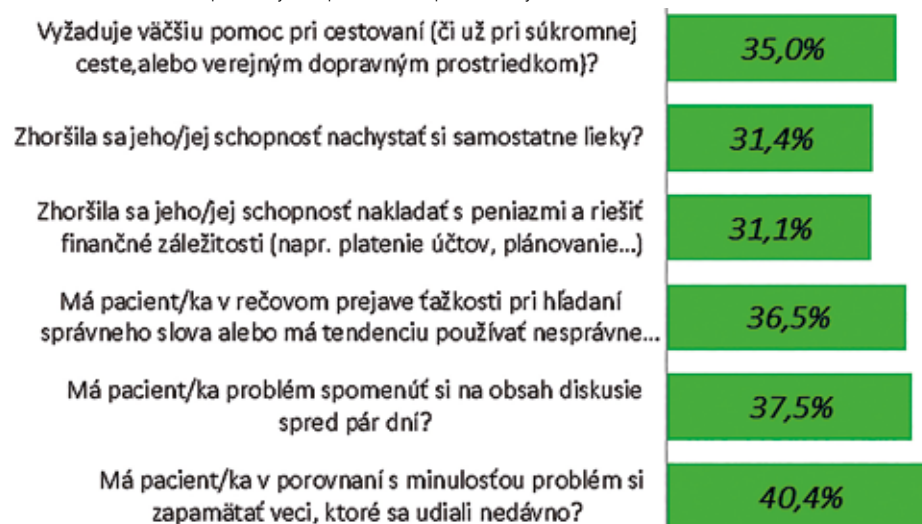
Pri sumárnom hodnotení výsledkov jednotlivých krokov vyplýva, že zo 408 posudzovaných pacientov bolo 85,3 %

zaradených do kategórie s celkovým skóre 0 – 3, čo naznačuje narušenie kognitívnych funkcií. Iba 13,7 % pacientov malo skóre v rozmedzí 4 – 6, čo poukazuje na absenciu signifikantného poklesu kognitívnych funkcií, a u 1 % pacientov nebolo hodnotenie zaznamenané.

### Diskusia

Spôsob získavania údajov v prvej časti projektu NEZÁBUDKA I slúžil aj ako praktický nástroj na zvýšenie povedomia všeobecných lekárov o dôležitosti včasnej diagnostiky neurokognitívnych porúch a podporu ich diferenciálnej diagnostiky v každodennej klinickej praxi, čo by mohlo viesť k efektívnejšej identifikácii pacientov so skôr nevýrazne vyjadrenými príznakmi kognitívneho deficitu.

Z výsledkovej časti vyplýva zachytenie relatívne vysokého počtu osôb

**Graf 3.** Informácie od príbuzných/opatrovateľa porovnávajúce ťažkosti s obdobím 5 – 10 rokov dozadu

s potenciálnym kognitívnym deficitom v rámci skriningového nástroja – 85,3 % hodnotených pacientov bolo zaradených do kategórie s naznačeným narušením kognitívnych funkcií. Tieto zistenia poukazujú na výraznú prevalenciu kognitívnych dysfunkcií v sledovanej populácii, čo je v súlade s odbornou literatúrou, kde sa podobné trendy potvrdzujú aj v iných regionálnych a medzinárodných štúdiách. Zároveň sme zaznamenali relatívne vysoký priemerný počet varovných príznakov, tieto údaje naznačujú, že u veľkej časti pacientov sa prejavujú viaceré varovné príznaky súčasne, čo môže indikovať riziko progresie kognitívneho poklesu.

Vyhodnotenie kognitívnej výkonnosti pomocou niekoľkých testovacích úloh preukázalo, že napriek primeranej orientácii v čase dochádza k zníženiu presnosti pri úlohách, ako je kreslenie hodín a overenie čerstvých informácií. Test kreslenia hodín, zásluhou svojej jednoduchej a rýchlej aplikovateľnosti, sa ukázal ako vysoko citlivý nástroj. Pacienti, ktorí dosahovali nízke skóre v tejto úlohe, boli zároveň častejšie v konečnom hodnotení zaradení do kategórie s vysokým rizikom poklesu kognitívnych funkcií, čo potvrdzuje jeho význam v rannom skríningu neurokognitívnych porúch.

Ďalej, rozhovor s blízkou osobou pacienta poskytol dôležité informácie o zmenách v pamäťových a funkčných schopnostiach pacientov v porovnaní s minulosťou. Informácie od príbuzných, ktoré sa zhodovali s výsledkami

priameho klinického hodnotenia, posilňujú dôveru v diagnostický protokol a potvrdzujú vysokú citlivosť použitých nástrojov pri odhaľovaní kognitívnych dysfunkcií. Tieto zistenia sú konzistentné s odbornou literatúrou, ktorá zdôrazňuje potrebu komplexného hodnotenia a multidisciplinárneho prístupu v diagnostike demencie (2).

Sumárne možno konštatovať, že projekt NEZÁBUDKA odhalil vysoký počet osôb s potenciálnym kognitívnym deficitom a odhalil, že priemerný počet varovných príznakov u pacientov je relatívne vysoký. Vysoká citlivosť testu kreslenia hodín potvrdila, že pacienti s nízkym skóre v tejto úlohe boli zároveň hodnotení ako osoby s vysokým rizikom ďalšieho poklesu kognitívnych funkcií, či už pri hodnotení varovných príznakov, ako aj na základe informácií od blízkej osoby pacienta. Tieto výsledky podčiarkujú význam včasného skríningu a následného podrobného hodnotenia, čo môže viesť k optimalizácii manažmentu pacientov s neurokognitívnymi poruchami a zlepšeniu kvality ich života.

Na projekt NEZÁBUDKA I nezávisle nadväzoval projekt realizovaný u špecialistov. Výsledky multicentrickej observačnej štúdie NEZÁBUDKA II poskytli cenné informácie o prevalencii a dynamike kognitívnych a nekognitívnych príznakov demencie na Slovensku. Štúdia zistila, že väčšina pacientov (N = 498) spadá do vekovej kategórie 70 – 79 rokov, pričom ženy tvorili 60,6 % sledovaného súboru. Priemerné skóre MMSE sa počas 12-mesačného sledo-

vania výrazne znížilo zo 18,06 na 14,53 bodov, čo svedčí o postupnom zhoršovaní kognitívnych funkcií u pacientov s demenciou. Významným zistením bolo aj vysoké zastúpenie behaviorálnych a psychologických symptómov demencie (BPSD), ktoré sa vyskytli u viac ako 70 % pacientov. Najčastejšie sa preukazovali poruchy emočného prejavu, čo naznačuje potrebu komplexného manažmentu, ktorý by okrem kognitívneho deficitu adresoval aj nekognitívne symptómy. Takýto multidimenzionálny prístup môže nielen prispieť k včasnej identifikácii demencie, ale aj zlepšiť kvalitu života pacientov a zmierniť záťaž ich opatrovateľov. Tieto zistenia poukazujú na potrebu revízie existujúcich diagnostických a skriningových protokolov v primárnej starostlivosti a zdôrazňujú význam interdisciplinárnej spolupráce pri manažmente demencie. Implementácia efektívnych stratégií pre včasný skríning a personalizovanú liečbu by mohla viesť k spomaleniu progresie ochorenia a k lepšej podpore pacientov aj ich rodín (9).

### Záver

Výsledky štúdie NEZÁBUDKA potvrdzujú, že včasná detekcia neurokognitívnych porúch v primárnej starostlivosti je kľúčovým faktorom optimalizácie manažmentu demencie. Zavedenie jednoduchých, rýchlych a efektívnych skriningových nástrojov, ako je test kreslenia hodín, pátranie po varovných príznakoch či orientačné zhodnotenia pacientovho fungovania, umožní všeobecným lekárom identifikovať pacientov s potenciálnym poklesom kognitívnych funkcií. Implementácia systematického skríningu a následná interdisciplinárna spolupráca medzi všeobecnými lekármi a špecialistami môžu prispieť k spomaleniu progresie demencie a zlepšeniu kvality života pacientov aj ich rodín. Zároveň tieto zistenia podnecujú potrebu kontinuálneho vzdelávania zdravotníckeho personálu a revízie existujúcich diagnostických protokolov s cieľom prispôsobiť ich heterogénnej staršej populácii. Projekt NEZÁBUDKA tak predstavuje dôležitý krok smerom k zefektívneniu včasného odhalenia a optimálneho manažmentu neurokognitívnych porúch v ambulantnej starostlivosti.

**Vyhlasenie 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. 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.

2. 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.

3. Sabbagh MN, Boada M, Borson S, et al. Early Detection of Mild Cognitive Impairment (MCI) in Primary Care. Journal of Prevention of Alzheimer's Disease [Internet]. 2020;7(3):165-70. Available from: <<http://dx.doi.org/10.14283/jpad.2020.21>>.

4. O'Brien K, Burke R, Karlawish J. A Roadmap for Modifying Clinician Behavior to Improve the Detection of Cognitive Impairment. J Gen Intern Med. 2023;38(2):508-12.

5. Disler R, Pascoe A, Anderson H, et al. A new model for general practice-led, regional, community-based, memory clinics. BMC Primary Care [Internet]. 2022;23(1):1-8. Available from: <<https://doi.org/10.1186/s12875-022-01829-1>>.

6. Clevenger CK, Schlenger A, Gunter D, Glasgow GB. Cognitive assessment in primary care: Practical recommendations. Nurse Practitioner. 2023;48(7):26-35.

7. Ozawa T, Selzler KJ, Ball DE, et al. 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>.

8. O'Brien KS, Harkins K, Peifer MA, et al. Designing an intervention to improve cognitive evaluations in primary care. Implement Sci Commun [Internet]. 2025;6(1):1-12. Available from: <<https://doi.org/10.1186/s43058-025-00693-1>>.

9. Dragašek J. Prevalencia a charakteristiky kognitívnych a nekognitívnych príznakov demencie na Slovensku: Multi-centrická observačná štúdia Nezábudka II. Psychiatria pre prax. 2025;26(1).

---

**Mgr. MUDr. Jozef Dragašek,  
PhD., MHA**

1. psychiatrická klinika UPJŠ LF  
a UNLP Košice  
Trieda SNP 1, 040 11 Košice  
[jozef.dragasek@upjs.sk](mailto:jozef.dragasek@upjs.sk)

