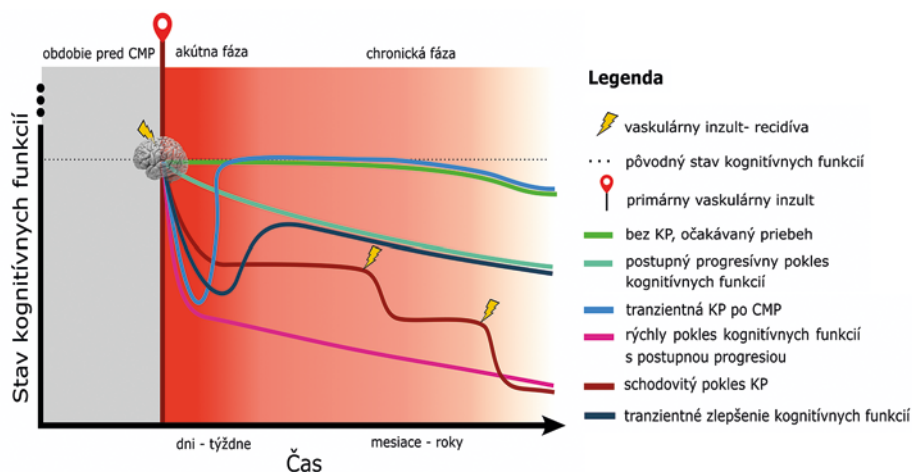


**Obr. 3.** Trajektórie kognitívnej poruchy, t.j. zmeny kognitívneho stavu v nasledujúcom období po CMP (upravené podľa Bayles et al., 2018; GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021)



žitú kontrolnú vyšetrenie kognitívnych funkcií s odstupom niekoľkých mesiacov u všetkých pacientov po CMP. Všetky pozorované zmeny kognitívnych funkcií v tomto období sú zhrnuté na obrázku.

### Vyšetrenie možnej pre-existujúcej kognitívnej poruchy

Ak u pacienta po CMP zistíme prítomnosť KP, je vhodné sa zamyslieť nad otázkou, či táto KP vznikla práve v dôsledku akútneho ischemického poškodenia mozgu, alebo ide o pre-existujúcu kognitívnu poruchu (Lee et al., 2008). Pri zisťovaní preexistujúcej KP sú nápomocné anamnestické a heteroanamnestické vyšetrenia, z ktorých je možné použiť niektoré dotazníkové metodiky, ako napr. dotazník IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly), ktorý vyplnía blízka osoba pacienta (Jorm et al., 1991).

### Vyšetrenie funkčného stavu pacienta

Funkčný stav u pacientov po CMP sa najčastejšie posudzuje formou klinického neurologického vyšetrenia a hodnotí pomocou modifikovanej Rankinovej škály (mRS), prípadne Bartelovej indexu, čo sa vykonáva ešte počas hospitalizácie (Mahoney et Barthel, 1965; van Swieten et al., 1988; Sulter et al., 1999).

Z hľadiska vyšetrenia funkčnosti pacienta v kontexte KP v následnom období (po prepustení pacienta) je dôležité hodnotenie sebestačnosti a samostatnosti pacienta v bazálnych a inštrumentálnych aktivitách denného života (Chaves et al., 2011). Vyšetrenie je vhodné realizovať počas kontroly pacienta

o niekoľko mesiacov po CMP. Na tento účel slúži jednoduchý štruktúrovaný rozhovor s pacientom alebo sa môžu využiť rôzne dotazníkové skórovacie nástroje štandardne používané aj pri iných formách KP a demencie, ako sú Bristolská škála aktivít denného života (Bristol Activities of Daily Living Scale, BADLS), Bayerova škála aktivít denného života, Dotazník aktivít denného života alebo dotazník funkčného stavu pacienta (Functional Assessment Questionnaire, FAQ), Dotazník na hodnotenie disability pri demencii (Disability Assessment for Dementia, DAD) (Gauthier et al., 1994; Bucks et al., 1996; Gauthier et al., 1997; Hindmarch et al., 1998; Teng et al., 2010).

### Neurozobrazovacie vyšetrenia

Zlatým štandardom spomedzi zobrazovacích metodík je vyšetrenie mozgu magnetickou rezonanciou (MRI), ktorá slúži na objektivizáciu prítomnosti akútneho ischemického zmien mozgu a zároveň na posúdenie prítomnosti starších post-ischemických zmien mozgu (kortiko-subkortikálne, lakunárne infarkty mozgu), známkov tzv. silent stroke zmien vo forme hyperintenzít bielej hmoty (white matter hyperintensities, WMHs) mozgu pri mikroangiopatii (small vessel disease, SVD) a prípadne známkov cerebrálnej amyloidovej angiopatie (mikrokrvácenia) (Heiss et al., 2016). Je známe, že u pacientov s vyššie uvedenými chronickými vaskulárnymi zmenami sú kompenzačné schopnosti mozgu po CMP redukované a riziko rozvoja PSCI v následnom období sa tým zvyšuje (Cui et al., 2024). Na posúdenie závažnosti SVD zmien sa najčastejšie používa Fazekasova škála (Kaushik et al., 2021).

### Vylúčenie inej než vaskulárnej etiológie kognitívnej poruchy

Na stanovenie čo najpresnejšej diagnózy PSCI je potrebné vylúčiť iné nevaskulárne príčiny KP. Patrí k nim Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, tumory mozgu, sclerosis multiplex, encefalitída, toxo-metabolické ochorenia, depresia a niektoré druhy liekov.

Na základe anamnézy, heteroanamnézy a kognitívneho vyšetrenia je možné predpokladať podiel Alzheimerovej patológie v predchorobí, ak je u pacienta prítomný charakteristický patognomický profil KP s dominantným postihnutím pamäti (postupné, pozvoľné zhoršovanie), poruchy reči, motorických funkcií a percepcie (Weintraub et al., 2012).

Pri neurologickom vyšetrení je potrebné zamerať sa aj na známky parkinsonizmu, ktoré by svedčili o neurodegeneratívnej etiológii pri Parkinsonovej chorobe, eventuálne o inej forme demencie, akou je demencia s Lewyho telieskami (Cao et al., 2020).

Pri hodnotení výsledkov z MRI vyšetrenia mozgu sa majú zohľadňovať aj známky, ako je atrofia mozgu sprevádzajúca možný neurodegeneratívny proces. Podľa neuropatologických štúdií je podiel zmiešanej KP typu vaskulárna/Alzheimerova patológia (Mixed Vascular-Alzheimer Dementia, MVAD) na úrovni 22–35% a s vekom jej výskyt narastá (Custodio et al., 2017). Avšak tieto pozorovania neznamenajú, že pacienti s čisto vaskulárnou etiológiou neexistujú. Potvrdila to aj štúdia na pacientoch v geriatrickom veku spĺňajúcich klinické kritériá pre VCI, pričom až u 68% z nich bola detegovaná čisto vaskulárna etiológia (Lee et al., 2011). Patológiu Alzheimerovho typu je možné posúdiť podľa atrofie mozgu zobrazenej pri MRI vyšetrení, hodnotí sa atrofia hipokampov za pomoci vizuálnych posudzovacích škál, ako sú Scheltenova škála alebo Škála globálnej kortikálnej atrofie (Global Cortical Atrophy Scale, GCA) (van de Pol et al., 2006; Jaroengarmsamer et al., 2023). Atrófiu hipokampov umožňuje hodnotiť aj rýchla vizuálna semikvantitatívna škála, tzv. Hip-hop skóre (Hippocampal Horn Percentage), ktoré vyjadruje percentuálne (čím nižšia hodnota, tým väčšia atrofia) veľkosť hipokampov (obrázok 4). Škála je dostupná aj online (<https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/vizualni-skaly-hip-hop-a-pas-na-ct-mr-mozku>) (Zach et al., 2020; Silhan, Pashkovska et Bartos, 2021).