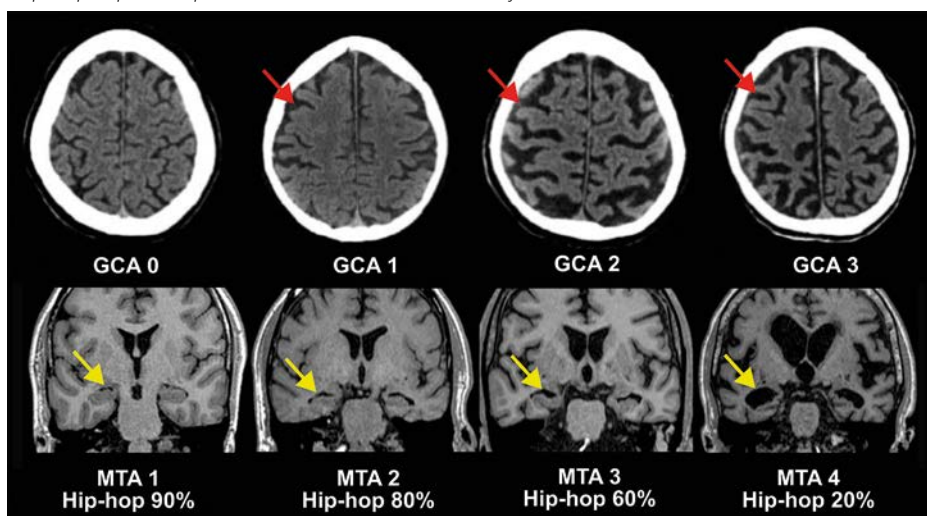


Obr. 4. Ukážka vizuálneho posúdenia atrofie mozgu pomocou Global Cortical Atrophy (GCA) škály, Scheltenovej škály atrofie mediálneho temporálneho laloka (MTA) a Hippocampal Horn Percentage škály (Hip-hop) (upravené podľa Malleta et al., 1990; Mendonça et al., 2016; Nasredine et al., 2005)



Tab. 1. Zoznam sekundárnych príčin kognitívnej poruchy a demencie (upravené podľa Nys et al., 2007; Pais et al., 2020)

Potenciálne liečiteľné reverzibilné príčiny kognitívnej poruchy	
Štrukturálne lézie mozgu	normotenzný hydrocefalus
	subdurálny hematóm
	mozgové tumory
	post-kontúzne lézie
Nutričné deficiencie	hypovitaminóza B12
	hypovitaminóza folátov
	hypovitaminóza niacínu a tiamínu
Endokrinopatie*	hypotyreóza
	hypertyreóza
	ochorenie nadobličiek
	ochorenie hypofýzy
Infekčné ochorenia*	meningitída
	abscesy mozgu
	neurosifylis
	neuroborelióza
Systémové ochorenia spojiva*	systémový lupus erytematosus
	sarkoidóza
	vaskulitída
Spánkové poruchy	insomnia a spánková deprivácia
	chronické obštrukčné apnoe
Toxické príčiny*	ťažké kovy, lieky
Psychiatrické príčiny	depresia sichizofrénia

Príčiny označené * sa vyšetrujú iba v klinicky relevantných prípadoch.

Vylúčené, resp. zohľadnené by mali byť tiež sekundárne potenciálne liečiteľné reverzibilné príčiny KP, ktoré sú zhrnuté v tabuľke (Malleta, 1990). Osobitne vyzdvihujeme vyšetrenie depresie u pacientov po CMP, ktoré

je odporúčané aj v diagnosticko-liečebných štandardoch AHA/ASA (Powers et al., 2019).

Stanovenie rizika rozvoja PSCI

Riziko možného rozvoja PSCI v následnom období po CMP (zvyčajne do 1 roka) je možné stanoviť na základe informácií získaných anamnesticky, laboratórne a psychometrickým, ako aj neurozobrazovacím vyšetrením.

K dispozícii sú skórovacie škály, ktoré zohľadňujú najvýznamnejšie rizikové faktory vzniku PSCI. Patrí k nim škála označovaná ako CHANGE (maximálne možné skóre 17 bodov), ktorá využíva spoľahlivé a ľahko dostupné klinické údaje, ako sú prítomnosť chronických lakunárnych lézií mozgu, WMHs, vek, prítomnosť akútnej ischemie mozgu (inej než lakunárnej), prítomnosť globálnej kortikálnej atrofie a úroveň vzdelania v rokoch. Celkové dosiahnuté skóre vyššie než 7 bodov predikuje vysoké riziko rozvoja PSCI (Chander et al., 2017). Existujú však aj iné škály, ktoré je možné použiť, ako SIGNAL2 risk score, GRECogVASC cognitive risk score alebo najnovšia DREAM-LDL škála, zohľadňujúca aj koncentráciu celkového cholesterolu (cChol), pri ktorej vývoji a validácii sa zistilo, že koncentrácia cChol v rozmedzí 1,8 mmol/l až 2,5 mmol/l predstavuje protektívny faktor rozvoja PSCI (Kandiah et al., 2016; Godefroy et al., 2018; Dong et al., 2021).

Na základe skorého vyšetrenia kognitívnych funkcií MoCA testom je podľa niektorých autorov tiež možné predikovať riziko rozvoja PSCI. Ukázalo sa, že u pacientov s MoCA má

skóre nižšie ako 23 bodov zvýšené riziko rozvoja PSCI (Salvadori et al., 2022).

Iným celkom efektívnym spôsobom je predikcia rizika PSCI pomocou lokalizácie akútnej ischemickej lézie na MRI alebo CT vyšetrení. Umožňuje to pomerne nový predikčný nástroj založený na dátach získaných od robustnej vzorky pacientov po CMP. Hodnotenie je jednoduché a zakladá sa na porovnaní lokalizácie akútnej ischemickej lézie pacienta so strategickou oblasťou (mapou) v databáze, pričom bolo definovaných niekoľko oblastí mozgu asociovaných s rôznym percentuálnym rizikom rozvoja PSCI (do jedného roka od CMP) (Weaver et al., 2021). Tento nástroj je dostupný aj v online verzii na stránke (<https://metavcimap.org/features/software-tools/location-impact-score/>) a je možné ho využívať v klinickej praxi (obrázok 5).

Liečba

Nefarmakologické intervencie

K základným princípom nefarmakologickej prevencie vzniku a progresie KP patria pohybové a dietetické intervencie a kognitívny tréning. V rámci pohybových intervencií sa odporúča aeróbne cvičenie vo forme rýchlej chôdze, behu, plávania, bicyklovania, korčuľovania, bedmintonu, tenisu aerobiku alebo zumbly, a to všetko samozrejme so zreteľom na somatické rezervy a klinický stav pacienta po CMP. Dôležité je postupné zvyšovanie objemu a intenzity aeróbnej pohybovej aktivity. Začať možno s akumulovanou dennou dávkou 30 minút aktivity s nízkou intenzitou, ktorú možno rozdeliť na dva 15-minútové alebo tri 10-minútové intervaly. Pri nízkej intenzite záťaž by nemalo dochádzať k respiračnému diskomfortu. Tepová frekvencia, by sa mala pohybovať medzi 40–60 % maximálnej individuálnej tepovej frekvencie. Objem aeróbnej aktivity by sa mal v priebehu 6 týždňov zvýšiť na 60 minút a postupne je možné zvyšovať aj intenzitu záťaž (Baker et al., 2010; Erickson et al., 2019). Druhou formou pohybovej intervencie je anaeróbne cvičenie, teda silový tréning. Sila a hmota svaly sa spravidla zvyšuje pri aktivite s vyššou záťažou, ktorá by mala už na začiatku tréningového procesu dosahovať aspoň 50 % maximálnej sily (jednorazového maxima). Pri takejto záťaži by mal pacient vykonať v jednej sérii 8–12 opakovaní. Minimálne