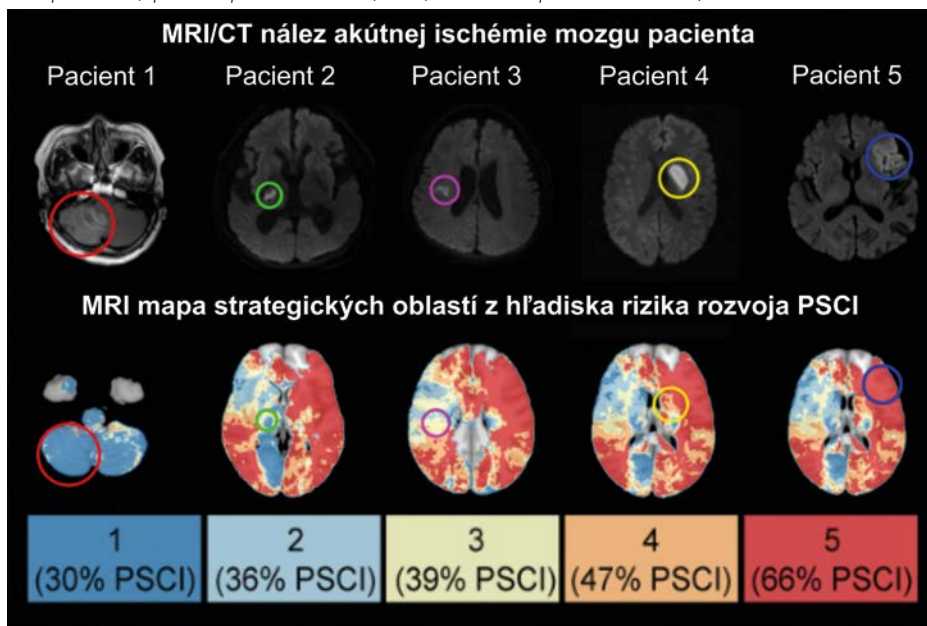


**Obr. 5.** Vizualný predikčný nástroj na stanovenie rizika rozvoja PSCI podľa lokalizácie akútnej ischemickej lézie pacienta (upravené podľa Rost et al., 2022, voľne dostupné v online verzii)



v iniciálnej fáze silového tréningu je dôležitá podpora a vedenie skúseného trénera či fyzioterapeuta. Na začiatku možno uskutočniť 1–2 série po 10–12 cvikov so zameraním na ich správne vykonanie. V úvodných 4 až 6 týždňoch postačuje vykonávať po jednej sérii z každého cviku na veľké svalové skupiny. U začiatočníkov môže aj relatívne malý objem silových cvičení viesť k významným pozitívnym zmenám. V priebehu ďalších 4 až 6 týždňov je možné zvýšiť počet sérií pre každú svalovú skupinu na 2 až 3. Pacienti by mali vykonávať 2–3 tréningy do týždňa. Dôležité je pritom progresívne zvyšovanie záťaže (Bayles et al., 2018; Erickson et al., 2019).

V rámci dietetických intervencií existujú veľmi presvedčivé literárne dôkazy o efektívnosti komplexných stravovacích vzorov vo forme pestrých jedálnych lístkov. Za najúčinnější sa považuje mediteránsky vzor stravovania. Mediteránske jedlá podľa Mediterranean Diet Foundation by mali obsahovať nasledujúce komponenty: olivový olej (v každom jedle), ovocie (> 2 porcie v každom jedle), zelenina (> 2 porcie v každom jedle), chlieb a obilniny (1–2 porcie v každom jedle), strukoviny (> 2 porcie týždenne), orešky (1–2 porcie denne), ryby a morské plody (> 2 porcie týždenne), vajíčka (2–4 porcie týždenne), hydina (2 porcie týždenne), mliečne výrobky (2-krát denne). Naopak pri stravovaní by sa mala obmedziť konzumácia červeného mäsa (< 2-krát týždenne) a sacharidov (< 2-krát týždenne) (Bach-Faig et al., 2011; Davis et al., 2015).

Kognitívny tréning spočíva v tréningu deficitných domén kognitívnych funkcií a podpore, resp. posilňovaní zachovaných domén kognitívnych funkcií. Viesť by ho mal skúsený psychológ vo forme individuálnych alebo skupinových tréningov. Pacienti by mali byť zároveň inštruovaní a tréningu tak, aby boli schopní kognitívne cvičenia vykonávať na dennej báze aj v domácom prostredí. Téma nefarmakologických intervencií predstavuje komplexnú problematiku a vyžaduje si spoluprácu rôznych špecialistov. Detailné princípy nefarmakologických intervencií v prevencii vzniku a progresie KP sú dostupné na stránke Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v sekcii Štandardné postupy vo forme platného preventívneho postupu „Odporúčaný postup pre výkon prevencie: Nefarmakologická prevencia a liečba neurodegeneratívnych ochorení. Pohybové, kognitívne a nutričné intervencie v prevencii demencií“ (Preventívne postupy MZSR, 2021).

### Farmakologická liečba

Možnosti farmakologickej liečby PSCI sú v súčasnosti veľmi obmedzené. Jednou z dostupných foriem je extrakt z Ginkgo biloba EGb761, ktorý uvádzajú aj medzinárodné odporúčania pre liečbu VCI, ako aj PSCI, a to v dávke 240 mg raz denne s úrovňou dôkazov 2A (Kandiah et al., 2019). Ako možná off-label liečba sa v literatúre udáva donepezil, rivastigmin, galantamín alebo memantín. Vyšší efekt je

možné dosiahnuť tiež kombináciou spomínaných prípravkov (Zhan et al., 2021). Publikované metaanalýzy preukázali účinnosť kombinácie EGb761 s iným liečivom pri PSCI do 3 mesiacov od začatia liečby a pozitívny efekt kombinácie inhibítorov acetylcholinesterázy u pacientov s PSCI čisto vaskulárnej etiológie. Ich spojenie s EGb761 môže viesť k zlepšeniu kognitívneho výkonu a zmierneniu neuropsychiatrických príznakov, ako sú úzkosť, depresia a behaviorálne poruchy (Kim et al., 2020; Zhan et al., 2021; García-Alberca et al., 2022).

Inou z farmakologických možností je vinpocetín, látka s komplexným pôsobením, zlepšujúca cerebrálnu mikrocirkuláciu, metabolizmus mozgu a reologické vlastnosti krvi. Výsledkom je cerebroprotektívny účinok vinpocetínu. Liečba vinpocetínom môže byť prínosná pre pacientov s neuropsychiatrickými prejavmi po CMP. U pacientov užívajúcich vinpocetín bolo tiež zaznamenané významné zlepšenie v denných aktivitách, zlepšenie klinických príznakov cerebrovaskulárneho ochorenia malo pozitívny vplyv na náladu, pričom vinpocetín preukázal bezpečný a dobre tolerovaný profil (Valikovics et al., 2012; Zhang et al., 2018).

Liečba PSCI by mala byť komplexná. Je potrebné liečiť nielen KP, resp. PSCI, ale aj neuropsychiatrické symptómy a kardiovaskulárne rizikové faktory v rámci sekundárnej prevencie recidívy CMP. Potrebné je tiež riešiť prípadnú obezitu, hypotyreózu, hypovitaminózu B12, nikotinizmus a alkoholizmus. Súčasťou liečby by mala byť aj fyzioterapia a rehabilitácia (Powers et al., 2019). Nemalo by sa zabúdať na redukciu užívania liekov, ktoré potenciálne zhoršujú kognitívne funkcie (najčastejšie pamäť a pozornosť). Ide predovšetkým o lieky zo skupiny anxiolytík a sedatív (alprazolam, bromazepam, oxazepam a diazepam), anticholinergiká (biperiden), antikonvulzív (lacosamid, valproát a levetiracetam), hypnotík (eszopiklon, zolpidem a zopiklon) a opioidov (tramadol, fentanyl a oxykodón) (Kristensson et al., 2021; Chippa et al., 2023).

### Diskusia

Téma KP po CMP je nepochybne veľkým medicínskym problémom, ktorý si zaslúži pozornosť odbornej spoločnosti. Literárnych údajov na túto tému je čoraz viac, no napriek tomu stále neexistuje jednotné a jasné usmer-