

Klīniskais algoritms

Demences novērtēšana un diagnostika

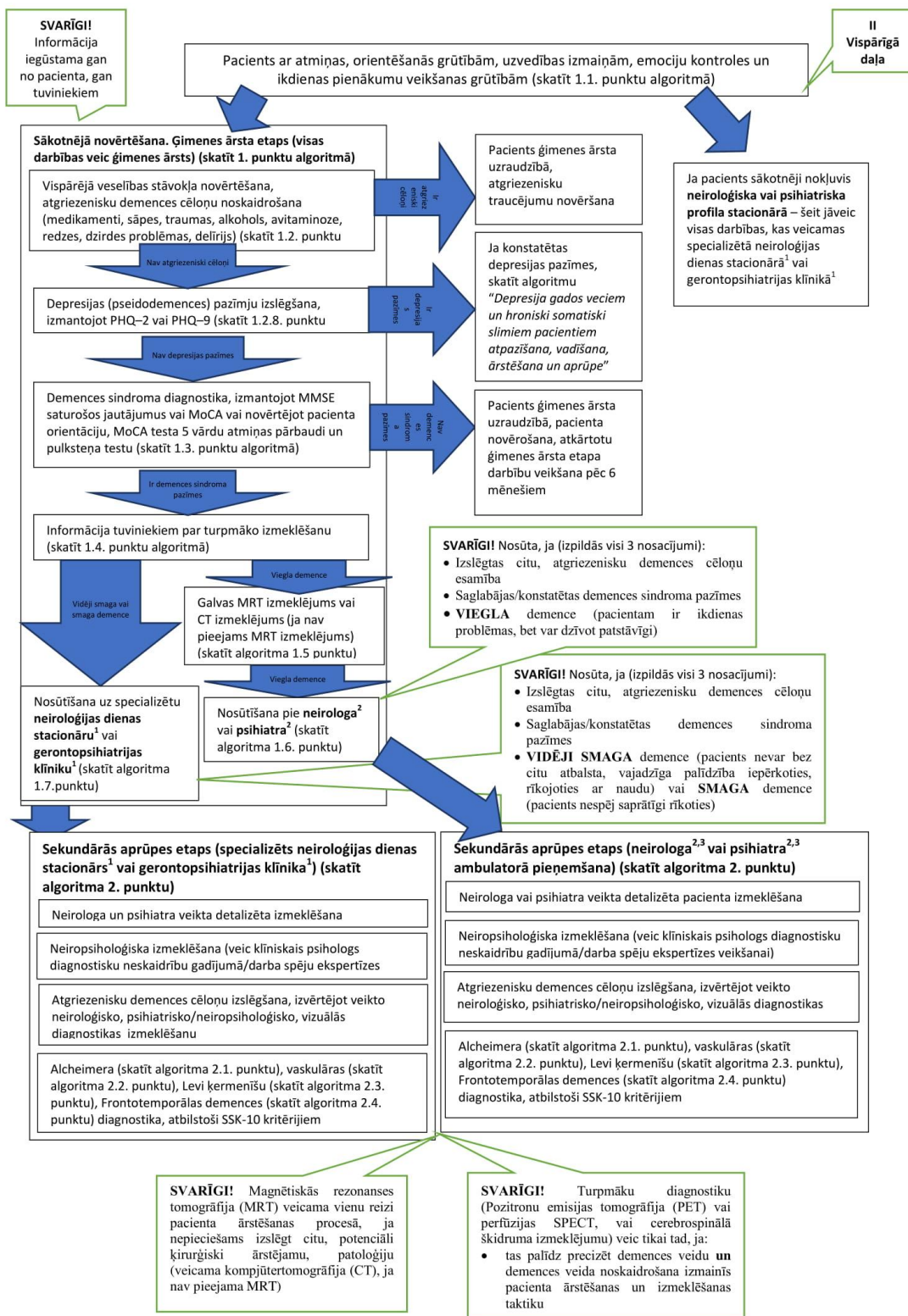
Autors psihiatrs prof.Māris Taube

Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un prof.Māra Taubes vadībā: psihiatrs Nikita Bezborodovs; psihiatrs Aigars Kišuro; ģimenes ārste Līga Kozlovska; neirologs Ainārs Stepens; ģimenes ārsts Edgars Tirāns; klīniskā psiholoģe prof.Ieva Bite; psihiatrs prof.Elmārs Rancāns

Saturs

I. Algoritma shēma	2
II. Vispārējā daļa.....	3
Ievads	3
Algoritma mērķi	4
Mērķgrupas	4
Pamatprioritātes ieviešot algoritmu	4
III. Rekomendācijas.....	5
1.Sākotnējā novērtēšana (ģimenes ārsta etapā, veic ģimenes ārsts)	5
2.Sekundārās aprūpes etaps	11
2.1.Alzheimer demences diagnostika	11
2.2.Vaskulāras demences diagnostika	12
2.3.Levi ķermenīšu demences diagnostika	14
2.4.Frontotemporālās demences diagnostika	15

I. Algoritma shēma



¹Nav pieejams pakalpojums

²Pagaidu risinājums arī vidēji smagu un smagu demenču diagnostikai

³Papildus valsts apmaksātu speciālistu piesaiste obligāta

II. Vispārējā daļa

Ievads

Demence ir sindroms, kas radies smadzeņu slimības rezultātā un raksturojas ar kognitīvo funkciju (atmiņa, orientācija, valoda, vizuāli telpiskā sajūta, cēloņsakarību izpratne, spriešanas spējas, komunikācijas spējas, rēķināšana) traucējumiem, personības un uzvedības izmaiņām, kas samazina personas spējas veikt ikdienas aktivitātes (iepirkšanās, mazgāšanās, ģērbšanās, ēdiena gatavošana)^{1, 2}.

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakciju³, demences ir iekļautas F0 sadaļā Organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskus:

F00 Alzheimerā demence (norādāma kopā ar Alzheimerā slimības diagnozi G30)

F01 Vaskulāra demence

F02 Demence citu citur klasificētu slimību dēļ

F02.0 Pika demence (norādāma kopā ar Cirkumskriptas galvas smadzeņu atrofijas (Frontotemporāla demence, Pika slimība)) diagnozi G31.0)

F02.1 Kreicfelda-Jakoba demence (norādāma kopā ar Kreicfelda-Jakoba slimības diagnozi A81.0)

F02.2 Hantingtona demence (norādāma kopā ar Hantingtona slimības diagnozi G10)

F02.3 Parkinsona demence (norādāma kopā ar Parkinsona slimības diagnozi G20)

F02.4 Demence humānā imūndeficīta vīrusa (HIV) slimības gadījumā (norādāma kopā ar diagnozi HIV infekcija ar encefalopātiju B22.0)

F02.8 Demence citu precizētu citur klasificētu slimību dēļ (epilepsijas dēļ G40, intoksikācijas T36-T65, Levi ķermenīšu demence (norādāma kopā ar Levi ķermenīšu slimību G31.8 u.c.))

F03 Neprecizēta demence

Biežāk sastopamās demences ir Alzheimerā, vaskulāra, frontotemporāla, Levi ķermenīšu, kā arī jaukta demence.

2015. gadā pasaulē 46,8 miljoni cilvēku cieta no demences, tiek prognozēts, ka 2030. gadā šādu cilvēku būs 74,7 miljoni, bet 2050. gadā – 131,5 miljoni⁴. Cilvēki pasaulē un arī Latvijā dzīvo ilgāk, ko nodrošina dzīves kvalitātes un ārstniecības iespēju uzlabošanās. Demences attīstība ir saistīta ar vecumu, jo ilgāk cilvēki dzīvo – jo lielāka varbūtība tai izpausties. Tādēļ demences izplatība tik strauji pieaug, radot nepieciešamību precīzāk diagnosticēt, savlaicīgi un kvalitatīvi ārstēt, nodrošināt rehabilitācijas un aprūpes iespējas.

Latvijā 2016. gada beigās bija 1 950 116 iedzīvotāji⁵, taču Latvijas veselības statistikas informācija⁶ liecina, ka 2016. gadā Latvijā reģistrēti tikai 5357 demences pacienti. No tā izriet, ka Latvijā demences prevalence ir tikai 0,3 %. Tas liecina par to, ka Latvijā demence netiek pietiekami efektīvi diagnosticēta un ārstēta. Apstākļi, ka Latvijā no visām demencēm Alzheimerā demence nav biežāk sastopama, kas ir pretēji citu valstu datiem, kur Alzheimerā demence sastopama ap 70 % gadījumu, liek domāt par nepietiekami precīzu diagnostiku Latvijā.

Demences novērtēšana un diagnostika rada grūtības speciālistiem, jo agrīnās stadijās pacienti nenovērtē traucējumus, pat cenšas tos maskēt, nepieciešama objektīva informācija no tuviniekiem. Tāpat veselības aprūpes sistēmā pacienti nonāk dažādu speciālistu redzes lokā, tiek veikti dažādi, ne vienmēr mērķtiecīgi, izmeklējumi, nenovedot pie precīzas diagnostikas, bet radot nelietderīgus tēriņus.

Demencu laicīga un precīza novērtēšana un diagnostika ir svarīga, jo atšķiras ārstēšana, laicīga diagnostika un ārstēšana var samazināt pacientu invalidizāciju, kavēt viņu nokļūšanu aprūpējamā statusā, kavēt ievietošanu sociālās aprūpes institūcijā, radot papildus izmaksas un pazeminot pacienta dzīves kvalitāti.

Algoritms "Demences novērtēšana un diagnostika" ietver pacientu no 18 gadu vecuma (biežāk virs 60 gadu vecuma) psihiskā stāvokļa novērtēšanu demences precīzai diagnostikai, diferencēšanai no citiem stāvokļiem, dažādu demencu veidu atšķiršanai, kas sekmētu precīzu tālāku pacientu vadīšanu, izmeklēšanu, ārstēšanu. Piemēram, acetilholīnesterāzes inhibitori, kas lietojami tieši Alcheimera demences gadījumā, var sniegt klīniski nozīmīgu uzlabojumu vienam no četriem pacientiem, kavējot slimības attīstību un nepieciešamību pēc institucionālas aprūpes⁷.

Algoritma mērķi

1. Uzlabot demencu laicīgu atklāšanu primārās aprūpes līmenī.
2. Sekmēt precīzāku demencu veidu diferencēšanu efektīvai ārstēšanai, mazinot invalidizāciju, aprūpes nepieciešamību.
3. Racionāli izmantot diagnostiskas iespējas, mērķtiecīgi izmantot speciālistu konsultācijas.
4. Mazināt nelietderīgu veselības aprūpes resursu izmantošanu, optimizēt pacienta izmeklēšanas plānu.

Mērķgrupas

1. Ģimenes ārsti
2. Psihiatri
3. Neurologi
4. Citi ārsti speciālisti
5. Diagnostisko kabinetu speciālisti
6. Pacienti un viņu tuvinieki, atbalsta personas

Pamatprioritātes ieviešot algoritmu

Pamatā algoritma prioritāte ir organizēt pacienta ar demenci mērķtiecīgu virzību veselības aprūpes sistēmā, nodrošinot efektīvu sadarbību ar ģimenes ārstu, lai mazinātu nelietderīgu un pacientam apgrūtināšu izmeklējumu/konsultāciju veikšanu.

III. Rekomendācijas

1.Sākotnējā novērtēšana (ģimenes ārsta etapā, veic ģimenes ārsts)

1.1. Ģimenes ārsts iegūst informāciju no pacienta un viņa tuviniekiem:

- Pacientam atmiņas grūtības (aizmirst to, kas nesen noticis) un orientēšanās grūtības (vieta, laiks, sava personība)
- Uzvedības izmaiņas (apātija, aizkaitināmība)
- Emociju kontroles grūtības (nespēj emocijas kontrolēt, viegli aizkaitināms, raudulīgs)
- Grūtības veikt ikdienas darbu, vadīt mājas dzīvi vai piedalīties sociālās aktivitātēs

SVARĪGI! Informācija iegūstama gan no paša pacienta, gan no personas, kas pazīst pacientu (tuvinieki u.c.). Jānoskaidro vai stāvoklis nav mainījies noteiktā laika periodā. Jājautā vai pacients kādreiz neatceras kur nolīcis lietas, kas noticis iepriekšējā dienā, kur pacients atrodas.

1.2. Pacienta vispārējā veselības stāvokļa novērtēšana, citu, atgriezenisku, demences cēloņu izslēgšana

1.2.1. Urīna analīzes infekciju izslēgšanai

1.2.2. Izvērtēt vai pacients nelieto medikamentus, kas var radīt kognitīvus traucējumus (antidepresanti, antipsihotiskie, anti histamīna medikamenti)

1.2.3. Vai pacients nejūt sāpes

1.2.4. Vai nav bijusi trauma (subdurālas hematomas risks)

1.2.5. Novērtēt uztura pietiekamību, ilgstošu alkohola lietošanu, vitamīnu trūkumu (B12, folskābe, tiamīns, nikotīnskābe), vairogdziedzera funkciju un elektrolītu disbalansu

1.2.6. Vai pacientam nav redzes vai dzirdes problēmas

1.2.7. Vai pacients nav delīrijā (neskaidras apziņas stāvoklis, pazemināta uzmanība, mainīgs stāvoklis dienas laikā)

Svarīgi! Delīrija un demences atšķirības⁸

	Delīrijs	Demence
Miega-nomoda cikls	Izmainīts	Parasti normāls
Uzmanība	Izteikti reducēta	Normāla/reducēta
Uzbudinājums	Palielināts/samazināts	Parasti normāls
Autonomās (veģetatīvās) nervus sistēmas pazīmes	Nav norma	Norma
Ilgums	Stundas līdz nedēļas	Mēneši līdz gadi
Murgi	Īslaicīgi	Kompleksi
Norise	Mainīga, fluktuējoša	Stabila/lēns progress
Apziņas līmenis	Pazemināts	Bez traucējumiem
Halucinācijas	Bieži (redzes)	Reti
Sākums	Akūts/subakūts	Hronisks
Psihomotora aktivitāte	Parasti nenormāla	Parasti norma

1.2.8. Vai pacientam nav depresija (pseudodemence ar grūtībām koncentrēties un atmiņas pasliktināšanos). Ja konstatētas depresijas pazīmes, skatīt algoritmu "Depresija gados veciem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe".

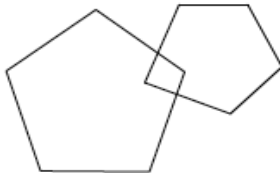
Svarīgi! Depresijas diagnostikai izmantojams PHQ – 2 vai PHQ – 9 depresijas novērtēšanas tests. PHQ – 2 un PHQ – 9 pieejami latviešu un krievu valodās, pieejami ģimenes ārstu praksēs. Pseudodemences un demences atšķirības⁹

Pseudodemence	Demence
Ātri meklē palīdzību	Novēloti, simptomi ilgi
Ātrāka simptomu attīstība	Lēnāk attīstās
Anamnēzē informācija par depresiju	Nav informācijas par psihiskiem traucējumiem
Pacients sūdzas par koncentrēšanās grūtībām	Pacients nesūdzas
Garastāvoklis stabili pazemināts	Mainīgs noskaņojums, var būt pacilāts
Tipiskas pacienta atbildes: “es nezinu”, “tas ir tik grūti”	Pacients atbild, komunicē, bet kļūdaini atbild
Sākotnēji pazemināts garastāvoklis	Sākotnēji atmiņas grūtības

1.2.9. Ja pacientam konstatē atgriezeniskus demences cēloņus, pacients paliek ģimenes ārsta uzraudzībā, kurš izvērtē un veic darbības, lai novērstu atgriezeniskus demences cēloņus.

1.3. Demences sindroma diagnostiku ģimenes ārsts veic tad, ja ir veiktas visas 1.2. punktā norādītās darbības un nav konstatēti atgriezeniski demences cēloņi. Demences sindroma diagnostiku veic, izmantojot vienu no trim punktos 1.3.1., 1.3.2. un 1.3.3. aprakstītajiem diagnostikas veidiem. Visi trīs veidi ir līdzvērtīgi. Konkrētā veida izvēle ir atkarīga no ārsta līdzšinējās pieredzes, zināšanām (piemēram, papildus izglītības procesā apguvis konkrētā diagnostikas instrumenta aizpildīšanu un interpretāciju), kā arī legālā diagnostikas instrumentu pieejamība praksē (piemēram, ģimenes ārsta prakse ir iegādājusies tiesības lietot MMSE testu¹⁰, savukārt Kognitīvo funkciju Monreālas izvērtēšanas skala (MoCA) in pieejama bez maksas).

1.3.1. MMSE (*Mini-Mental State Examination* testu saturošos jautājumus aprakstošā formā)

Mini – Mental – Status – Test		
Orientācija		
	<i>Par katru pareizu atbildi 1 punkts</i>	<i>Par katru pareizu atbildi 1 punkts</i>
1. Jāatbild uz jautājumiem:	Kāds pašlaik ir gads? $\frac{1}{1}$ Gadalaiks? $\frac{1}{1}$ Datums? $\frac{1}{1}$ Diena? $\frac{1}{1}$ Mēnesis? $\frac{1}{1}$	9. Parādiet pacientam lielu uzrakstu: LŪDZU AIZVERIET ACIS. Novērtē vai pacients izpilda. _____ 1
2. Jāatbild uz jautājumiem:	Valsts? $\frac{1}{1}$ Pilsēta? $\frac{1}{1}$ Iestāde? $\frac{1}{1}$ Adrese? $\frac{1}{1}$ Stāvs? $\frac{1}{1}$	10. Lūdz uzrakstīt īsu teikumu kurā būtu teikuma priekšmets, izteicējs un apzīmētājs. _____ 1 11. Lieciet pacientam pārzīmēt uz atsevišķas lapas šādas figūras. _____ 1
Reģistrācija		
3. Jānosauc 3 objekti, katram veltot 1 sekundi. Pacientam jāatkārto objekti, par katru pareizu atbildi saņemot 1 punktu.	3	Kopējais punktu skaits 30
Uzmanība un rēķināšana		
4. Sākot no 100, lieciet skaitīt atpakaļ pa 7 (var dot vieglāku uzdevumu, ja pacientam grūtības, piemēram, skaitīt pa vienam). Pārtrauciet pēc 5 skaitļiem. Par katru pareizu atbildi 1 punkts.	5	
Atceršanās		
5. Lūdziet nosaukt 3 priekšmetus, kuri minēti punktā Nr. 3. Par katru pareizu atbildi 1 punkts.	3	
Valoda un izpratne		
6. Parādiet pacientam zīmuli un pulksteņi. pacientam jānosauc šie priekšmeti. Par katru pareizu atbildi 1 punkts.	2	
7. Lieciet pacientam atkārtot <i>šaursliežu dzelzceļš</i> vai <i>33. artilērijas brigāde</i> , vai <i>na dsore trasa, na trase drosa</i> .	1	
8. Lieciet pacientam izpildīt trīspakāpju uzdevumu: papemiet papīra lapu labajā rokā, salokiet uz pusēm un nolieciet uz grīdas (maksimālais 3 punkti).	3	
Pacienta vārds, uzvārds:		
Vecums:		
Novērtējumu veica:		
NOVĒRTĒJUMS:		
27 NORMA		
20 – 26 VIEGLA DEMENCE		
10 – 19 VIDĒJI SMAGA DEMENCE		
MAZĀK PAR 10 SMAGA DEMENCE		

VAI

1.3.2. Kognitīvo funkciju Monreālas izvērtēšanas skalu (MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*)) tests (rezultātā iegūti mazāk par 27 punktiem liecina par demenci).

Vārds :
Izglītība : Dz. datums :
Dzimums : Datums :

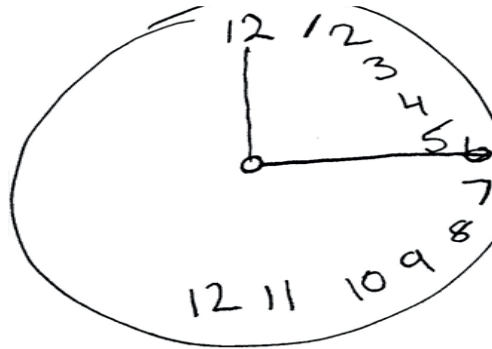
VIZUĀLKONSTRUKTĪVĀ/IZPILDES FUNKCIJA		Zīmējiet kubu.	Uzzīmējiet pulksteņi (desmit pāri vienpadsmitiem) (3 punkti)					PUNKTI
			[] [] [] [] [] [] Kontūras Skaitļi Rādītāji					___/5
NOSAUKŠANA								
								___/3
ATMIŅA		SEJA	SAMTS	BAZNĪCA	TULPE	SARKANS	Nav punkti	
Izlasiet vārdus. Pacientam tie ir jāatkārto. Pēc 5 min. palūdziet vārdus atkārtot vēlreiz.		1. Mēģinājums						
		2. Mēģinājums						
UZMANĪBA		Izlasiet skaitļu rindu (1skaitlis/sek.)		Pacientam skaitļi jāatkārto dotajā secībā [] 2 1 8 5 4			___/2	
				Pacientam skaitļi jāatkārto apgrieztā secībā [] 7 4 2				
Izlasiet doto burtu rindu (1 burts/sek.). Pacientam, katru reizi dzirdot burtu "A", ir jāsasit plaukostas. Punkti nepienākas, ja ir divas vai vairākas kļūdas.		[] FBACMNAAJKLBFAFAKDEAAAJAMOFABA					___/1	
Secīga skaitļa "7" atņemšana no "100".		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3	
4 vai 5 pareizas atbildes - 3 P; 2 vai 3 pareizas atbildes - 2 P; 1 pareiza atbilde - 1 P; neviena - 0 P.								
VALODA		Atkārtojiet. " Es zinu tikai to, ka Jānis ir tas, kurš šodien var palīdzēt." [] Vienmēr, kad suņi bija istabā, kaķis paslēpās zem gultas. []						___/2
Valodas pārvaldīšana 1 min. laikā nosauciet pēc iespējas vairāk vārdus, kas sākas ar "F".		[] _____ (N ≥ 11 Vārdi)						___/1
ABSTRAKTĀ DOMĀŠANA		Kas ir kopīgs vārdiem: banāns - ābols =augļi []vilciens-velosipēds []pulkstenis - lineāls						___/2
ATLIKTĀ ATKĀRTOŠANA		SEJA	SAMTS	BAZNĪCA	TULPE	SARKANS	Punkti pienākas tikai tad, ja vārdi ir nosaukti pareizi bez atgādināšanas.	
Jānosauc vārdi bez atgādināšanas		[]	[]	[]	[]	[]		
Aizpilda pēc izvēles		Norādījumi par kategoriju						
		Daudzveidīga izvēle						
ORIENTĒŠANĀS		[] Datums	[] Mēnesis	[] Gads	[] Nedēļas diena	[] Vieta	[] Pilsēta	___/6
© Z. Nasreddine MD		Normāli ≥ 26 / 30		KOPĀ		___/30		
www.mocatest.org		+ 1 punkts, ja ≤ 12 klašu izglītību						

VAI

1.3.3. Izmantojot šādu 1.3.3.1., 1.3.3.2. un 1.3.3.3. punktos norādīto diagnostisko darbību kombināciju (jāveic visas 3 darbības; ja vismaz 2 ir aizdomas par demenci, tad kopumā ir pamatotas demences sindroma pazīmes):

1.3.3.1. MoCA testā ietverta 5 vārdu atkārtošanas testu, ko veic pacientam nolasot 5 MoCA testā ietvertos atmiņas pārbaudes sadaļas vārdus. Pēc nolasīšanas lūdz pacientam uzreiz tos atkārtot. Ja pacients uzreiz nevar atkārtot kādu no vārdiem, atkārtot vēlreiz, līdz pacients visus vārdus spēj atkārtot. Pēc 5 minūtēm pacientam lūdz atkārtot iepriekš nosauktos 5 vārdus. Ja pacientam ir grūtības uzreiz atkārtot visus 5 vārdus vai arī pēc 5 minūtēm spēj atkārtot tikai 3 un mazāk vārdus, ir demences sindroma pazīmes.

1.3.3.2. Pulksteņa zīmēšanas tests, ko veic pacientam lūdzot uzzīmēt pulksteņa ciparnīcu, kura rāda laiku, piemēram, "10 minūtes pāri vienpadsmitiem". Ja zīmējums neatgādina simetrisku pulksteņa ciparnīcu/pulksteņa rādītāji nerāda noteikto laiku "10 minūtes pāri vienpadsmitiem", ir demences sindroma pazīmes.



Pacienta zīmējums, kas liecina par demences sindroma pazīmēm

- 1.3.3.3. Pārbaudīt pacienta orientāciju, lūdzot nosaukt datumu, mēnesi, gadu, nedēļas dienu, vietu un pilsētu. Ja pacients nespēj nosaukt visu pareizi, ir demences sindroma pazīmes.
- 1.3.4. Ja nav konstatētas demences sindroma pazīmes, tad pacients turpmāk paliek ģimenes ārsta uzraudzībā kurš novēro simptomu attīstību. Atkārtot sākotnējo novērtēšanu ģimenes ārsta etapā (algoritma 1. punkts) ne vēlāk kā pēc 6 mēnešiem.
- 1.4. Pacientu un viņu tuvinieku iesaiste lēmumu pieņemšanā, informācijas sniegšana
 - 1.4.1. Pacienta viedokļa respektēšana par savu ārstēšanu (uzklausā viedokli un pēc iespējas ņem vērā).
 - 1.4.2. Izskaidrot pacientam un viņa tuviniekiem pašreizējo situāciju, turpmāko izmeklēšanu (kur tas notiks, ka ir nepieciešams precizēt demences cēloni, uzsākt terapiju, veikt papildus izmeklējumus).

Pacientam un/vai tuviniekiem sniedzamā informācija:

- Būs nepieciešami turpmāki izmeklējumi, vizīte pie psihiatra/neirologa, lai precīzi noskaidrotu atmiņas traucējumu, uzvedības izmaiņu cēloņus
- Pastāv pamatotas aizdomas par demenci, kas ir bieži sastopami, noteiktas izcelsmes psihiski traucējumi
- Pacientam ir iespējams palīdzēt, demences nav parasta novecošana
- Palīdzēt var gan bez medikamentu, gan – atkarībā no demences cēloņa – arī ar medikamentu palīdzību
- Pacients nav izmanījies vai kļuvis slikts cilvēks, viņa uzvedību, diemžēl, nosaka saslimšana
- Jācenšas pēc iespējas ņemt vērā, uzklaut pacienta vēlmes, domas.
- Iedrošināt pacientu, pozitīvi motivēt, nestrīdēties ar pacientu, nedusmoties uz viņu
- Sekot līdzi – vai pacientam nav aizcietējumi, caureja, patvaļīga urinācija. Vajadzības gadījumā, izmantot palīgierīces (autiņbiksītes), vārdiski atgādināt pacientam par nepieciešamību iet uz tualeti.
- Tuviniekiem runāt ar pacientu lēnāk, nesteidzināt, skatīties uz pacientu, precizēt – vai pacients sapratis, piemēram, lūgt atkārtot teikto.
- Nesteidzināt pacientu ģērbjoties, ļaut izvēlēties drēbes, ieplānot vairāk laiku.
- Veicināt, lai pacients ir fiziski aktīvs – pastaigājas, iet laikā, tiek ar citiem cilvēkiem
- Tuviniekiem jārēķinās, ka pacients var nenovērtēt savas spējas, var apmaldīties, var kļūdīties, lietojot zāles. Jāņem vērā, ka pacients, iespējams,

jau lieto zāles citu veselības problēmu (piemēram, paaugstināts asinsspiediens) risināšanai.

- Nepieciešams jau šobrīd nodrošināt uzraudzību (apmeklē kāds katru dienu) pacientam, salikt zāles speciālos trauciņos, pārbaudīt – vai pacients pareizi lieto.
- Jāizvērtē situācija mājās – vai nevar kaut kur pakrist, vai nav kādas mēbeles, kur var aizķerties, paklāji, kur paklupt, vairoties no kritienu riska. Jābūt pietiekami labam apgaismojumam mājās, pēc iespējas vienkāršākai sadzīves elektroierīču lietošanai.
- Jāizvērtē tālruņa lietošanas spējas – lai pacients var vienkārši piezvanīt (ieprogrammēts tuvinieka tālrunis ātro zvanu pieklūvē)
- Sarežģītu darbību veikšanai (piemēram, lielāki naudas maksājumi) nepieciešama palīdzība.
- Iespējams, būs nepieciešama sociālo dienestu palīdzība, nevajag kautrēties izmantot jebkuru palīdzību. Jau sākt noskaidrot iespējas – dienas centri, sociālās aprūpes iestādes
- Tuviniekiem vajadzētu savā starpā izrunāt – kā varēs organizēt palīdzību, nevajag vienam uzņemties visu atbildību, bet to sadalīt tuvinieku starpā.
- Tuviniekiem izvērtēt juridiskos jautājumus (testamenti, finanšu saistības u.c.), jo jābrīdina, ka slimība var progresēt, nav zināms – cik ātri tas notiks.

SVARĪGI! Informācijas apjoms atkarīgs no pacienta funkcionēšanas līmeņa. Piemēram, ja nav tualetes apmeklējumu problēmas, informācija par šo jautājumu sniedzama tikai tuviniekiem, kā brīdinājums par nākotnē iespējamām problēmām.

- 1.5. Vieglas demences gadījumā, kad pacientam ir ikdienas problēmas, bet viņš var dzīvot patstāvīgi, ģimenes ārsts nosūta pacientu veikt galvas magnētiskās rezonanses tomogrāfiju (MRT) ar mērķi izslēgt citu, potenciāli ķirurģiski ārstējamu, patoloģiju. Kritēriji MRT (vai CT, ja nav pieejams MRT): 1) demences sindroms, 2) iepriekš nav veikts MRT vai CT, 3) aizdomas par potenciāli ķirurģiski ārstējamu patoloģiju. Jāizpildās vismaz 2 kritērijiem.

Ja pacientam jau ir veikta MRT un klīniskā aina neatšķiras no pašreizējās, atkārtota MRT vai CT nav jāveic. Ja nav aizdomu par potenciāli ķirurģiski ārstējamu patoloģiju atklāšanu galvas smadzenēs, MRT vai CT veicama vienu reizi visā pacienta ārstēšanas procesā. Ja nav pieejama MRT, ģimenes ārsts nosūta pacientu veikt galvas kompjūtertomogrāfiju (CT). *Šobrīd nav iekļauta apmaksas sistēmā iespēja ģimenes ārstam pašam sūtīt pacientu veikt MRT vai CT, nepieciešama speciālista konsultācija.*

Svarīgi! Ja MRT vai CT apstiprina demenci un neatklāj citas, potenciāli ķirurģiski ārstējamās patoloģijas, MRT vai CT nav jāatkārto, veikto izmeklējumu jāizmanto citiem ārstēšanā iesaistītiem speciālistiem (psihiatrs, neirologs).

- 1.6. Ģimenes ārsts nosūta pie neirologa vai psihiatra (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), ja (jāizpildās visiem 3 nosacījumiem):

1.6.1. Izslēgta citu, atgriezenisku, demences cēloņu esamība,

1.6.2. Saglabājas/konstatētas demences pazīmes,

1.6.3. Pacientam konstatēta viegla demence (pacientam ir ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi).

- 1.7. Ģimenes ārsts nosūta uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrisku klīniku (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*). Kritēriji nosūtīšanai (jāizpildās visiem 3 nosacījumiem):

- 1.7.1. Izslēgta citu, atgriezenisku demences cēloņu esamība,
- 1.7.2. Saglabājas/konstatētas demences pazīmes,
- 1.7.3. Pacientam konstatēta vidēji smaga demence (pacients nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu) vai smaga demence (pacients nespēj saprātīgi rīkoties).

Svarīgi! Šobrīd nav izveidoti un nav iekļauti valsts apmaksas sistēmā specializēti neiroloģiski dienas stacionāri un gerontopsihiatriskas klīnikas, tādēļ, kā pagaidu risinājums, arī vidēji smagu un smagu demenču pacienti tiek sūtīti pie neirologa vai psihiatra uz ambulatoro pieņemšanu (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*). Psihiatram vai neirologam jābūt iespējai laicīgi saņemt psihologa atzinumu, veikt, nepieciešamības gadījumā, algoritma 2. punktā aprakstītos izmeklējumus (vizuālā diagnostika, atgriezenisku cēloņu izslēgšana, analīžu veikšana).

2. Sekundārās aprūpes etaps

Specializēts neiroloģijas dienas stacionārs vai gerontopsihiatriska klīnika (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*) vidēji smagas un smagas demences gadījumā (neirologs, psihiatrs, gerontologs (pēc nepieciešamības pieejams), klīniskais psihologs (pēc nepieciešamības pieejams), sociālais darbinieks, ergoterapeits, psihiatrijas māsa, mākslu terapeiti (pēc nepieciešamības pieejams), fizioterapeits (pēc nepieciešamības pieejams), internists vai kardiologs (pēc nepieciešamības pieejams), psihiatra vai neirologa ambulatorā vizīte vieglas demences gadījumā).

Svarīgi! Ja pacients sākotnēji ar demenci saistītiem simptomiem nokļuvis neiroloģiska vai psihiatriska profila stacionārā nodaļā (*iekļauts valsts apmaksāto pakalpojumu klāstā*), visas 2. punktā aprakstītās darbības jāveic šeit.

2.1. Alcheimera demences diagnostika

- 2.1.1. Neiroloģiska un psihiatriska izmeklēšana (veic neirologs/psihiatrs).
- 2.1.2. Neiropsiholoģiskā izmeklēšana (izmantojot diagnostiskos instrumentus, kuru izvēle ir klīniskā psihologa kompetencē, piemēram, MMSE, MoCA, Pulksteņa zīmēšanas tests, Vudkoka-Džonsona kognitīvo funkciju tests¹¹ u.c.). Jāiesaista klīniskais psihologs diagnostisku neskaidrību gadījumos, kā arī ja atzinums nepieciešams darba spēju ekspertīzes veikšanai. Diagnostikas veikšanā izmantoto instrumentu (instrumentu komplekta) izvēle ir klīniskā psihologa kompetencē, vadoties no konkrētā pacienta diagnostiskajām neskaidrībām, diagnostisko instrumentu pieejamības (piemēram, klīniskais psihologs ir iegādājies licenci instrumenta lietošanai, apguvis noteikta diagnostiskā instrumenta izmantošanu u.c.). Psihiatrs/neirologs dod uzdevumu klīniskajam psihologam, piemēram, demences diagnozes precizēšana, ikdienas funkcionēšanas grūtību vērtēšana u.c., bet klīniskais psihologs izvēlas noteikto metodi.
- 2.1.3. Jāpārliecinās par atgriezenisku demences cēloņu izslēgšanu (izmantojot neiroloģiskas un neiropsiholoģiskas izmeklēšanas rezultātus) (neirologs/psihiatrs).
- 2.1.4. Alcheimera demences diagnozes uzstādīšana atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijai (SSK) (neirologs/psihiatrs):
 - A.1.1. Atmiņas pasliktināšanās (sākas ar īstermiņa atmiņu (neliels apjoms, minūtes, dienas), progresē uz ilgtermiņa atmiņu (gadi), grūti apgūt ko jaunu un atcerēties senāk apgūtu informāciju, atmiņas pasliktināšanās verificēta testējot, psihodiagnostiski izmeklējot).

A.1.2. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika):

- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
- Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
- Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.

A.2. Nav aptumšota apziņa.

A.3. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlietu liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).

A.4. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).

B. Izlēgti citi demences iemesli

2.1.5. Magnētiskās rezonanses tomogrāfija (MRT) veicama vienu reizi pacienta ārstēšanas procesā, ja nepieciešams izslēgt citu, potenciāli ķirurģiski ārstējamu, patoloģiju (veicama kompjūtertomoģrāfija (CT), ja nav pieejama MRT). Vieglas demences gadījumā var nosūtīt ģimenes ārsts, vidēji smagas/smagas demences gadījumā nosūta neirologs/psihiatrs.

Kritēriji MRT (vai CT, ja nav pieejams MRT): 1) demences sindroms, 2) iepriekš nav veikts MRT vai CT, 3) aizdomas par potenciāli ķirurģiski ārstējamu patoloģiju. Jāizpildās vismaz 2 kritērijiem.

Svarīgi! Turpmāku diagnostiku (Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidrums izmeklējumu) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

Kritēriji PET vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidrums izmeklēšanai (jāpiepildās abiem nosacījumiem): 1) nav skaidrs demences veids (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neirodeģeneratīvu procesu, kas neļauj diferencēt starp Alcheimera, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; SPECT izmanto kā otro izvēli, ja PET neļauj diferencēt starp Alcheimera, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; cerebrospinālā šķidrums izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību) 2) demences veida noskaidrošana izmainīs ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku.

2.2. Vaskulāras demences diagnostika

2.2.1. Neiroloģiska un psihiatriska izmeklēšana (fokāls neiroloģisks deficīts, cerebrāls infarkts pēc kura attīstījusies demence, klīnika mainīga, "pakāpienveidīga" progresija) (veic neirologs/psihiatrs).

2.2.2. Neiro psiholoģiskā izmeklēšana (izmantojot diagnostiskos instrumentus, kuru izvēle ir klīniskā psihologa kompetencē, piemēram, MMSE, MoCA, Pulksteņa zīmēšanas tests, Vudkoka-Džonsona kognitīvo funkciju tests¹¹). Jāiesaista klīniskais psihologs diagnostisku neskaidrību gadījumos, kā arī, ja atzinums nepieciešams darba spēju ekspertīzes veikšanai. Diagnostikas veikšanā izmantoto instrumentu (instrumentu komplekta) izvēle ir klīniskā psihologa kompetencē, vadoties no konkrētā pacienta diagnostiskajām neskaidrībām, diagnostisko instrumentu pieejamības (piemēram, klīniskais psihologs ir iegādājies licenci instrumenta lietošanai, apguvis noteikta diagnostiskā instrumenta izmantošanu u.c.). Psihiatrs/neirologs dod uzdevumu

- klīniskajam psihologam, piemēram, demences diagnozes precizēšana, ikdienas funkcionēšanas grūtību vērtēšana u.c., bet klīniskais psihologs izvēlas noteikto metodi.
- 2.2.3. Jāpārlicinās par atgriezenisku demences cēloņu izslēgšanu (izmantojot neiroloģiskas un neiro psiholoģiskas izmeklēšanas rezultātus) (neirologs/psihiatrs)
- 2.2.4. Vaskulāras demences diagnozes uzstādīšana atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijai (SSK)¹² (neirologs/psihiatrs):
- A.1.1. Atmiņas pasliktināšanās (sākas ar īstermiņa atmiņu (neliels apjoms, minūtes, dienas), progresē uz ilgtermiņa atmiņu (gadi), grūti apgūt ko jaunu un atcerēties senāk apgūtu informāciju, atmiņas pasliktināšanās verificēta testējot, psihodiagnostiski izmeklējot.
- A.1.2. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika):
- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- A.2 Nav aptumšota apziņa.
- A.3 Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlieku liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- A.4 Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).
- B. Nevienlīdzīgs kognitīvo funkciju traucējumu apjoms, dažas funkcijas vairāk skartas, citas mazāk. Atmiņa izteikti traucēta, kaut domāšana, spriešana un informācijas apstrāde mazāk traucēta
- C. Fokāls smadzeņu bojājums (vismaz viens):
- Vienas puses locekļu vājums.
 - Vienas puses cīpslu refleksi izteiktāki.
 - Ekstensora plantārais reflekss.
 - Pseudobulbāra paralīze.
- D. Informācija no izmeklējumiem, anamnēzes par cerebrovaskulāru slimību (infarkts, smadzeņu infarkts).
- 2.2.5. Magnētiskās rezonanses tomogrāfija (MRT) veicama vienu reizi pacienta ārstēšanas procesā, ja nepieciešams izslēgt citu, potenciāli ķirurģiski ārstējamu, patoloģiju vai nav skaidrs demences veids un vaskulāra demence ir iespējama (veicama kompjūtertomoģrafija (CT), ja nav pieejama MRT). Viegla demences gadījumā var nosūtīt ģimenes ārsts, vidēji smagas/smagas demences gadījumā nosūta neirologs/psihiatrs.
- Kritēriji MRT (vai CT, ja nav pieejams MRT): 1) demences sindroms, 2) iepriekš nav veikts MRT vai CT, 3) aizdomas par potenciāli ķirurģiski ārstējamu patoloģiju. Jāizpildās vismaz 2 kritērijiem.

Svarīgi! Turpmāku diagnostiku (MRT vai CT (ja MRT nav pieejama)) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

Kritēriji PET vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidrums izmeklēšanai (jāpiepildās abiem nosacījumiem): 1) nav skaidrs demences veids (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neurodeģeneratīvu procesu, kas neļauj diferencēt starp Alzheimerā, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; SPECT izmanto kā otro izvēli, ja PET neļauj

diferencēt starp Alzheimeru, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; cerebrospinālā šķidrums izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību), 2) demences veida noskaidrošana izmainīs ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku.

2.3. Levi ķermenīšu demences diagnostika

- 2.3.1. Neuroloģiska un psihiatriska izmeklēšana (ortostātiska hipotensija (krišanas epizodes), ekstrapiramidālie simptomi, parkinsonisms, redzes halucinācijas) (veic neirologs/psihiatrs).
- 2.3.2. Neiropsiholoģiskā izmeklēšana (izmantojot diagnostiskos instrumentus, kuru izvēle ir klīniskā psihologa kompetencē, piemēram, MMSE, MoCA, Pulksteņa zīmēšanas tests, Vudkoka-Džonsona kognitīvo funkciju tests¹¹). Jāiesaista klīniskais psihologs diagnostisku neskaidrību gadījumos, kā arī, ja atzinums nepieciešams darba spēju ekspertīzes veikšanai. Diagnostikas veikšanā izmantoto instrumentu (instrumentu komplekta) izvēle ir klīniskā psihologa kompetencē, vadoties no konkrētā pacienta diagnostiskajām neskaidrībām, diagnostisko instrumentu pieejamības (piemēram, klīniskais psihologs ir iegādājies licenci instrumenta lietošanai, apguvis noteikta diagnostiskā instrumenta izmantošanu u.c.). Psihiatrs/neirologs dod uzdevumu klīniskajam psihologam, piemēram, demences diagnozes precizēšana, ikdienas funkcionēšanas grūtību vērtēšana u.c., bet klīniskais psihologs izvēlas noteikto metodi.
- 2.3.3. Jāpārlicinās par atgriezenisku demences cēloņu izslēgšanu (izmantojot neiroloģiskas un neiropsiholoģiskas izmeklēšanas rezultātus) (neirologs/psihiatrs).
- 2.3.4. Levi ķermenīšu demences diagnozes uzstādīšana atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijai (SSK) (neirologs/psihiatrs):
 - A.1.1. Atmiņas pasliktināšanās (sākas ar īstermiņa atmiņu (neliels apjoms, minūtes, dienas)), progresē uz ilgtermiņa atmiņu (gadi), grūti apgūt ko jaunu un atcerēties senāk apgūtu informāciju, atmiņas pasliktināšanās verificēta testējot, psihodiagnostiski izmeklējot.
 - A.1.2. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika):
 - Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
 - A.2 Nav aptumšota apziņa.
 - A.3 Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlietu liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
 - A.4 Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apgērbties), dezorientācija (laiks)).
- B. Levi ķermenīšu slimības diagnostika G31.8 (svārstīgas kognitīvās funkcijas, redzes halucinācijas (sīki cilvēki, dzīvnieki), spontānas parkinsonisma lēkmes, REM miega uzvedības traucējumi, izteikta jūtība pret neuroleptiķiem, zema dopamīna transportmolekulas uzņemšana bazālajos ganglijos (SPECT vai PET redz), atkārtota krišana, pārejoši neizskaidrojami samaņas zudumi, ortostātiska hipotenzija).
- 2.3.5. Magnētiskās rezonanses tomogrāfija (MRT) veicama vienu reizi pacienta ārstēšanas procesā, ja nepieciešams izslēgt citu, potenciāli ķirurģiski ārstējamu, patoloģiju (veicama kompjūtertomoģrāfija (CT), ja nav pieejama MRT). Viegla demences

gadījumā var nosūtīt ģimenes ārsts, vidēji smagas/smagas demences gadījumā nosūta neirologs/psihiatrs.

Kritēriji MRT (vai CT, ja nav pieejams MRT): 1) demences sindroms, 2) iepriekš nav veikts MRT vai CT, 3) aizdomas par potenciāli ķirurģiski ārstējamu patoloģiju. Jāizpildās vismaz 2 kritērijiem.

Svarīgi! Turpmāku diagnostiku (SPECT) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu un demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku. (nosūta neirologs/psihiatrs).

Kritēriji PET vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidruma izmeklēšanai (jāpiepildās abiem nosacījumiem): 1) nav skaidrs demences veids (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neurodeģeneratīvu procesu, kas neļauj diferencēt starp Alzheimerā, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; SPECT izmanto kā otro izvēli, ja PET neļauj diferencēt starp Alzheimerā, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; cerebrospinālā šķidruma izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību), 2) demences veida noskaidrošana izmainīs ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku.

2.4. Frontotemporālās demences diagnostika

2.4.1. Neiroloģiska un psihiatriska izmeklēšana (uzvedības disinhibīcija, apātija, stereotipas kustības, ēšanas paradumu maiņa, valodas traucējumi) (veic neirologs/psihiatrs).

2.4.2. Neiro psiholoģiskā izmeklēšana (izmantojot diagnostiskos instrumentus, kuru izvēle ir klīniskā psihologa kompetencē, piemēram, MMSE, MoCA, Pulksteņa zīmēšanas tests, Vudkoka-Džonsona kognitīvo funkciju tests¹¹). Jāiesaista klīniskais psihologs diagnostisku neskaidrību/gadījumos, kā arī, ja atzinums nepieciešams darba spēju ekspertīzes veikšanai. Diagnostikas veikšanā izmantoto instrumentu (instrumentu komplekta) izvēle ir klīniskā psihologa kompetencē, vadoties no konkrētā pacienta diagnostiskajām neskaidrībām, diagnostisko instrumentu pieejamības (piemēram, klīniskais psihologs ir iegādājies licenci instrumenta lietošanai, apguvis noteikta diagnostiskā instrumenta izmantošanu u.c.). Psihiatrs/neirologs dod uzdevumu klīniskajam psihologam, piemēram, demences diagnozes precizēšana, ikdienas funkcionēšanas grūtību vērtēšana u.c., bet klīniskais psihologs izvēlas noteikto metodi.

2.4.3. Jāpārlicinās par atgriezenisku demences cēloņu izslēgšanu (izmantojot neiroloģiskas un neiro psiholoģiskas izmeklēšanas rezultātus) (neirologs/psihiatrs).

2.4.4. Frontotemporālās demences diagnozes uzstādīšana atbilstoši Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijai (SSK) (neirologs/psihiatrs):

A.1.1. Atmiņas pasliktināšanās (sākas ar īstermiņa atmiņu (neliels apjoms, minūtes, dienas)), progresē uz ilgtermiņa atmiņu (gadi), grūti apgūt ko jaunu un atcerēties senāk apgūtu informāciju, atmiņas pasliktināšanās verificēta testējot, psihodiagnostiski izmeklējot.

A.1.2. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika):

- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
- Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
- Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.

A.2 Nav aptumšota apziņa.

A.3 Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlieku liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).

A.4 Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apgērbties), dezorientācija (laiks)).

B. Lēna attīstība un norise.

C. Frontālās daivas vadošā loma (divas vai vairāk pazīmes):

- Emociju labilitāte.
- Asociāla uzvedība.
- Atkavētība.
- Apātija, nogurums.
- Afāzija.

D. Agrīnās stadijās relatīvi saglabāta atmiņa un parietālās daivas funkcijas.

2.4.5. Magnētiskās rezonanses tomogrāfija (MRT) veicama vienu reizi pacienta ārstēšanas procesā, ja nepieciešams izslēgt citu, potenciāli ķirurģiski ārstējamu, patoloģiju (veicama kompjūtertomoģrāfija (CT), ja nav pieejama MRT). Vieglas demences gadījumā var nosūtīt ģimenes ārsts, vidēji smagas/smagas demences gadījumā nosūta neirologs/psihiatrs.

Kritēriji MRT (vai CT, ja nav pieejams MRT): 1) demences sindroms, 2) iepriekš nav veikts MRT vai CT, 3) aizdomas par potenciāli ķirurģiski ārstējamu patoloģiju. Jāizpildās vismaz 2 kritērijiem.

Svarīgi! Turpmāku diagnostiku (Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai perfūzijas SPECT) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

Kritēriji PET vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidrums izmeklēšanai (jāpiepildās abiem nosacījumiem): 1) nav skaidrs demences veids (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neirodeģeneratīvu procesu, kas neļauj diferencēt starp Alcheimera, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; SPECT izmanto kā otro izvēli, ja PET neļauj diferencēt starp Alcheimera, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; cerebrospinālā šķidrums izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību), 2) demences veida noskaidrošana izmainīs ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku.

¹ Latvijas neirodeģeneratīvo slimību asociācija. Alcheimera slimības, vaskulārās demences, Levi ķermeņiņu demences un frontotemporālās demences klīniskās vadlīnijas, <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/59df1724400d4.pdf>, 2017

² National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/About-this-guideline> 2018

³ Pasaules Veselības organizācijas 2015. gada izdevums "International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision, Fifth edition 2016, Volume 1 http://www.spkc.gov.lv/ssk10/rsc/SSK_1_levads.pdf 2016

⁴ Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf> 2015

⁵ Centrālais statistikas birojs <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaitis/meklet-tema/2402-iedzivotaju-skaita-izmainas-latvija-2017> (skatīts 2018. gada 19. novembrī)

⁶ Šica K, Pulmanis T, Taube M. Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā, Tematisks ziņojums, Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga, 2017 https://www.spkc.gov.lv/upload/Psihiska-veseliba-faili/tz_pvl_2016_final.pdf (skatīts 2018. gada 19. novembrī)

-
- ⁷ Casey P. R, Byng R (Ed.) Psychiatry in Primary care, Cambridge University Press, 2011
- ⁸ Azam M, Qureshi M, Kinnair D, Psychiatry. A Clinical Handbook, Scion Publishing Ltd, 2016
- ⁹ Sadock b.J., Sadock V.A. Ruiz P, Synopsis of Psychiatry, Seventh Edition, , 2015
- ¹⁰ PariConnect <https://www.parinc.com/Products/Pkey/237> (skatīts 2019. gada 7. aprīlī)
- ¹¹ Tests.com. <https://www.tests.com/Woodcock-Johnson-Testing> (skatīts 2019. gada 7. aprīlī)
- ¹² World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva 1993 <https://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>