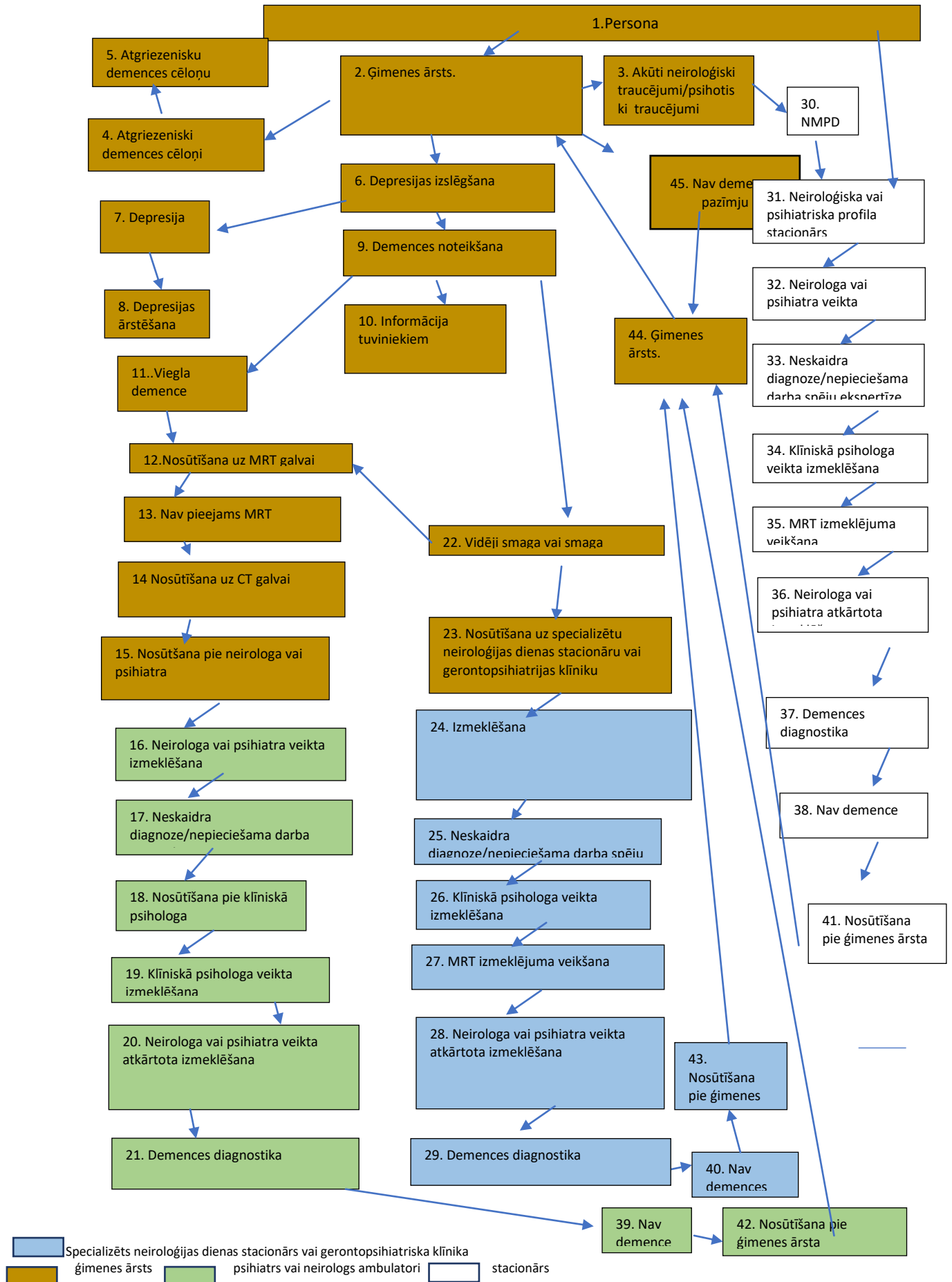


Klīniskais ceļš "Demences novērtēšana un diagnostika"



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

Klīniskā ceļa “Demences novērtēšana un diagnostika” apraksts

1. **Persona.** Persona ar atmiņas, orientēšanās grūtībām, uzvedības izmaiņām, emociju kontroles un ikdienas pienākumu veikšanas grūtībām ierodas (parasti tuvinieku pavadībā) pie ģimenes ārsta.
2. **Ģimenes ārsts.** Ģimenes ārsts veic pacienta sākotnējo novērtēšanu.
 - A. Ģimenes ārsts iegūst informāciju no pacienta un viņa tuviniekiem:
 1. Pacientam atmiņas grūtības (aizmirst to, kas nesen noticis) un orientēšanās grūtības (vieta, laiks, sava personība).
 2. Uzvedības izmaiņas (apātija, aizkaitināmība).
 3. Emociju kontroles grūtības (nespēj emocijas kontrolēt, viegli aizkaitināms, raudulīgs).
 4. 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. Jājauc vai pacients kādreiz neatceras kur nolīcis lietas, kas noticis iepriekšējā dienā, kur pacients atrodas.

- B. Pacienta vispārējā veselības stāvokļa novērtēšana, citu, atgriezenisku, demences cēloņu izslēgšana
 - Urīna analīzes infekciju izslēgšanai.
 - Izvērtēt vai pacients nelieto medikamentus, kas var radīt kognitīvus traucējumus (antidepressanti, antipsihotiskie, anti histamīna medikamenti)
 - Vai pacients nejūt sāpes.
 - Vai nav bijusi trauma (subdurālas hematomas risks).
 - Novērtēt uztura pietiekamību, ilgstošu alkohola lietošanu, vitamīnu trūkumu (B12, folskābe, tiamīns, nikotīnskābe), vairogdziedzera funkciju un elektrolītu disbalansu.
 - Vai pacientam nav redzes vai dzirdes problēmas.
 - Vai pacients nav delīrijā (neskaidras apziņas stāvoklis, pazemināta uzmanība, mainīgs stāvoklis dienas laikā).

SVARĪGI! Delīrija un demences atšķirības

	Delīrijs	Demence
Miega-nomoda cikls	Izmainīts	Parasti normāls
Uzmanība	Izteikti reducēta	Normāla/reducēta
Uzбудinājums	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

- Akūti neiroloģiski traucējumi/ psihotiski traucējumi.** Ja pacientam konstatēti akūti neiroloģiski traucējumi (akūta neiroloģisku perēkļu simptomātika), psihotiski traucējumi (murgi, halucinācijas), kas nosaka pacienta uzvedību un ambulatora ārstēšana nav iespējama, ģimenes ārsts nosūta pacientu (u27 forma) neatliekami uz stacionāru (izsauc NMPD brigādi).
- Atgriezeniski demences cēloņi.** Pacientam ģimenes ārsts konstatē atgriezeniskus demences cēloņus (infekcijas, medikamenti, sāpes, neiroloģiska hroniska atradne, uztura nepietiekamība, vitamīnu deficīts, vairogdziedzera funkciju traucējumi, elektrolītu disbalanss).
- Atgriezenisku demences cēlonu novēršana.** Ja pacientam konstatē atgriezeniskus demences cēloņus, pacients paliek ģimenes ārsta uzraudzībā, kurš izvērtē un veic darbības, lai novērstu atgriezeniskus demences cēloņus.
- Depresijas izslēgšana.** Ģimenes ārsts izslēdz depresiju (pseudodemenci 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 atšķirības

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
Garstāvoklis stabili pazemināts	Mainīgs noskaņojums, var būt pacilāts
Tipiskas pacienta atbildes: “es nezinu”, “tas ir tik grūti”	Pacients atbild, komunicē, bet kļūdaini atbild
Sākotnēji pazemināts garstāvoklis	Sākotnēji atmiņas grūtības

- Depresija.** Ja konstatētas depresijas pazīmes, skatīt algoritmu “Depresija gados veciem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe”.
- Depresijas ārstēšana.** Depresijas ārstēšanu ģimenes ārsts veic atbilstoši algoritmam “Depresija gados veciem un hroniski somatiski slimiem pacientiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe”.
- Demences noteikšana.** Ģimenes ārsts veic demences sindroma diagnostiku, izmantojot:
 - MMSE (*Mini-Mental State Examination* testu saturošos jautājumus aprakstošā formā).

VAI

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

VAI

- Izmantojot šādu diagnostisko darbību kombināciju (jāveic visas 3 darbības; ja vismaz 2 ir aizdomas par demenci, tad kopumā ir pamatotas demences sindroma pazīmes):
 - MoCA testā ietverto 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.
 - 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.
 - Pārbaudīt pacienta orientāciju, lūdzot nosaukt datumu, mēnesi, gadu, nedēļas dienu, vietu un pilsētu. Ja pacients nespēj nosaukt visu pareizi, ir demences sindroma pazīmes.

10. **Informācija tuviniekiem.** Ģimenes ārsts iesaista pacientu un viņu tuviniekus lēmumu pieņemšanā, sniedz informāciju:

- A. Pacienta viedokļa respektēšana par savu ārstēšanu (uzklausa viedokli un pēc iespējas ņem vērā).
- B. 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, uz klausīt 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, tiekas 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, pakļāji, kur paklupt, vairoties no kritienu riska. Jābūt pietiekami labam apgaismojumam mājās, pēc iespējas vienkāršakai sadzīves elektroierīču lietošanai.
- Jāizvērtē tālruņa lietošanas spējas – lai pacients var vienkārši piezvanīt (ieprogrammēts tuvinieka tālrunis ātro zvanu piekļuvē).
- 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 jārēķinās, 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.

11. **Viegla demence.** Pacientam konstatēta viegla demence, kad pacientam ir ikdienas problēmas, bet viņš var dzīvot patstāvīgi.
12. **Nosūtīšana uz MRT galvai.** Ģimenes ārsts nosūta (u27 forma) pacientu veikt galvas magnētiskās rezonanses tomogrāfiju (MRT) ar mērķi izslēgt citu, potenciāli ķirurģiski ārstējamu, patoloģiju.
13. **Nav pieejams MRT** Ja nav administratīvi/finansiāli pieejama MRT 2 mēnešu laikā, ģimenes ārsts pieņem lēmumu nosūtīt pacientu uz kompjūtertomogrāfiju (CT).
14. **Nosūtīšana uz CT galvai.** Ģimenes ārsts nosūta (u27 forma) pacientu veikt galvas kompjūtertomogrāfiju (CT).
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).
15. **Nosūtīšana pie neirologa vai psihiatra.** Ģimenes ārsts nosūta pie neirologa vai psihiatra, ja (jāizpildās visiem 3 nosacījumiem):
 - A. Izslēgta citu, atgriezenisku, demences cēloņu esamība.
 - B. Saglabājas/konstatētas demences pazīmes.
 - C. Pacientam konstatēta viegla demence (pacientam ir ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi).
16. **Neirologa vai psihiatra veikta izmeklēšana.** Psihiatrs/neirologs ambulatorās vizītes laikā veic pacienta detalizētu izmeklēšanu.
17. **Neskaidra diagnoze/ nepieciešama darba spēju ekspertīze.** Pacienta diagnoze neskaidra/nepieciešama darba spēju izvērtēšana.
18. **Nosūtīšana pie klīniskā psihologa.** Neirologs/psihiatrs nosūta pacientu pie klīniskā psihologa.

19. **Klīniskā psihologa veikta izmeklēšana.** Klīniskais psihologs veic neiropsiholoģisku izmeklēšanu diagnozes precizēšanai (MMSE, MoCA, Pulksteņa zīmēšanas tests, Vudkoka-Džonsona kognitīvo funkciju tests). Jāiesaista klīniskais psihologs diagnostisku neskaidrību gadījumos, ja atzinums nepieciešams darba spēju ekspertīzes veikšanai
20. **Neirologa vai psihiatra veikta atkārtota izmeklēšana.** Neirologs/psihiatrs veic pacienta atkārtoto izmeklēšanu, izslēdzot atgriezeniskus demences cēloņus, izvērtējot neiropsiholoģisko izmeklējumu rezultātus, MRT/CT izmeklējumu rezultātus.
21. **Demences diagnostika.** Neirologs/psihiatrs uzstāda precīzu demences diagnozi, atbilstoši SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem.

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

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

Smaguma pakāpes:

 - Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība. Iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
- D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlieku liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).
- F. Izlēgti citi demences iemesli.

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 ārstu, vidēji smagas/smagas demences gadījumā nosūta neirologs/psihiatrs.

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidruma izmeklējumu) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neurodeģeneratīvu 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 šķidruma izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību) **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēts fokāls neiroloģisks deficīts, cerebrāls infarkts pēc kura attīstījusies demence, ka klīnika mainīga, ka “pakāpienveidīga” progresija (veic neirologs/psihiatrs).

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

Smaguma pakāpes:

- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
 - D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlietu liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
 - E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).
 - F. Nevienlīdzīgs kognitīvo funkciju traucējumu apjoms, dažas funkcijas vairāk skartas, citas mazāk. Atmiņa izteikti traucēta, kaut domāšana, spriešana un informācijas apstrāde mazāk traucēta.
 - G. Fokāls smadzeņu bojājums (vismaz viens):
 - Vienas puses locekļu vājums.
 - Vienas puses cīpslu refleksi izteiktāki.
 - Ekstensora plantārais reflekss.
 - Pseudobulbāra paralīze.
 - H. Informācija no izmeklējumiem, anamnēzes par cerebrovaskulāru slimību (infarkts, smadzeņu infarkts).

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 kompjūtertomoģrāfija (CT), ja nav pieejama MRT). Vieglas demences gadījumā var nosūtīt ģimenes ārsts, vidēji smagas/smagas demences gadījumā nosūta neirologs/psihiatrs.

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidrums izmeklējumu) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neurodeģeneratīvu procesu, kas neļauj diferencēt starp Alzheimeru, 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) **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēta ortostātiska hipotensija (krišanas epizodes), ekstrapiramidālie simptomi, parkinsonisms, redzes halucinācijas (izmeklēšanu veic neirologs/psihiatrs).

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

Smaguma pakāpes:

- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
- Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
- Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
- D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlieku liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).
- F. Levi ķermenīšu slimības diagnostika G31.8 (svārstīgas kognitīvās funkcijas, redzes halucinācijas (sīki cilvēki, dzīvnieki), spontānas parkinsonisma lēkmes, REM miega uzvedības traucējumi, izteikta jutība pret neiroleptiķiem, zema dopamīna transportmolekulas uzņemšana bazālajos ganglijos (SPECT vai PET redz), atkārtota krišana, pārejoši neizskaidrojami samaņas zudumi, ortostātiska hipotenzija).

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

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (SPECT) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neurodeģeneratīvu procesu, kas neļauj diferencēt starp Alzheimeru, 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) **un** demences

veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku. (nosūta neirologs/psihiatrs).

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēta uzvedības disinhibīcija, apātija, stereotipas kustības, ēšanas paradumu maiņa, valodas traucējumi (izmeklēšanu veic neirologs/psihiatrs).

- A. 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).
- B. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika).
Smaguma pakāpes:
 - Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
- D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlieku liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apgērbties), dezorientācija (laiks)).
- F. Lēna attīstība un norise.
- G. Frontālās daivas vadošā loma (divas vai vairāk pazīmes):
 - Emociju labilitāte.
 - Asociāla uzvedība.
 - Atkavētība.
 - Apātija, nogurums.
 - Afāzija.
- H. Agrīnās stadijās relatīvi saglabāta atmiņa un parietālās daivas funkcijas.

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.

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai perfūzijas SPECT) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (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; cerebrospīnālā šķidruma izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3

proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību) **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

22. **Vidēji smaga vai smaga demence.** Pacientam konstatēta vidēji smaga demence, kad pacients nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu vai smaga demence, kad pacients nespēj saprātīgi rīkoties.

Specializēti neiroloģiski dienas stacionāri vai gerontopsihiatriskas klīnikas šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā, tādēļ līdz to izveidei arī vidēji smagas un smagas demences gadījumos klīniskais ceļš jāturpina ar 12. punktu.

23. **Nosūtīšana uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrijas klīniku.** Ģimenes ārsts nosūta uz specializētu neiroloģijas dienas stacionāru vai gerontopsihiatrisku klīniku (*šobrīd nav izveidotas un nav iekļautas valsts apmaksas sistēmā minētās ārstniecības iestādes*), ja (jāizpildās visiem 3 nosacījumiem):

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

24. **Izmeklēšana.** Psihiatrs (gerontopsihiatriska klīnika) /neirologs (specializēts neiroloģijas dienas stacionārs) veic pacienta detalizētu izmeklēšanu.

25. **Neskaidra diagnoze/ nepieciešama darba spēju ekspertīze.** Pacienta diagnoze neskaidra/nepieciešama darba spēju izvērtēšana.

26. **Klīniskā psihologa veikta izmeklēšana.** Klīniskais psihologs veic neiropsiholoģisku izmeklēšanu diagnozes precizēšanai (MMSE, MoCA, Pulksteņa zīmēšanas tests, Vudkoka-Džonsona kognitīvo funkciju tests). Jāiesaista klīniskais psihologs diagnostisku neskaidrību gadījumos, ja atzinums nepieciešams darba spēju ekspertīzes veikšanai.

27. **MRT izmeklējuma veikšana.** Veic MRT galvai gerontopsihiatriskā klīnikā vai specializētā neiroloģijas dienas stacionārā, vai arī minētās iestādes organizē izmeklējuma veikšanu citā iestādē (vienojas, transportē pacientu, saņem atzinumu).

SVARĪGI! Ja MRT vai CT apstiprina demenci un neatklāj citas, potenciāli ķirurģiski ārstējamas patoloģijas, MRT vai CT nav jāatkārto, veikto izmeklējumu jāizmanto citiem ārstēšanā iesaistītiem speciālistiem.

28. **Neirologa vai psihiatra veikta atkārtota izmeklēšana.** Neirologs/psihiatrs veic pacienta atkārtoto izmeklēšanu, izslēdzot atgriezeniskus demences cēloņus, izvērtējot neiropsiholoģisko izmeklējumu rezultātus, MRT/CT izmeklējumu atradnes.

29. **Demences diagnostika.** Neirologs/psihiatrs uzstāda precīzu demences diagnozi, atbilstoši SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem.

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

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

Smaguma pakāpes:

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

C. Nav aptumšota apziņa.

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

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

F. Izlēgti citi demences iemesli.

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.

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

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēts fokāls neiroloģisks deficīts, cerebrāls infarkts pēc kura attīstījusies demence, ka klīnika mainīga, ka “pakāpienveidīga” progresija (veic neirologs/psihiatrs).

A. 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).

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

Smaguma pakāpes:

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

C. Nav aptumšota apziņa.

- D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlietu liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apgērbties), dezorientācija (laiks)).
- F. Nevienlīdzīgs kognitīvo funkciju traucējumu apjoms, dažas funkcijas vairāk skartas, citas mazāk. Atmiņa izteikti traucēta, kaut domāšana, spriešana un informācijas apstrāde mazāk traucēta.
- G. Fokāls smadzeņu bojājums (vismaz viens):
 - Vienas puses locekļu vājums.
 - Vienas puses cīpslu refleksi izteiktāki.
 - Ekstensora plantārais reflekss.
 - Pseudobulbāra paralīze.
- H. Informācija no izmeklējumiem, anamnēzes par cerebrovaskulāru slimību (infarkts, smadzeņu infarkts).

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 kompjūtertogrāfija (CT), ja nav pieejama MRT). Vieglas demences gadījumā var nosūtīt ģimenes ārstu, vidēji smagas/smagas demences gadījumā nosūta neirologs/psihiatrs.

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidrums izmeklējumu) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neurodeģeneratīvu procesu, kas neļauj diferencēt starp Alzheimeru, 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) **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēta ortostātiska hipotensija (krišanas epizodes), ekstrapiramidālie simptomi, parkinsonisms, redzes halucinācijas (izmeklēšanu veic neirologs/psihiatrs).

- A. 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).
 - B. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika).
- Smaguma pakāpes:
- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.

- Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
- D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlietu liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).
- G. Levi ķermenīšu slimības diagnostika G31.8 (svārstīgas kognitīvās funkcijas, redzes halucinācijas (sīki cilvēki, dzīvnieki), spontānas parkinsonisma lēkmes, REM miega uzvedības traucējumi, izteikta jūtība pret neiroleptiķiem, zema dopamīna transportmolekulas uzņemšana bazālajos ganglijos (SPECT vai PET redz), atkārtota krišana, pārejoši neizskaidrojami samaņas zudumi, ortostātiska hipotenzija).

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.

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (SPECT) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (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 šķidrums izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību) **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku. (nosūta neirologs/psihiatrs).

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēta uzvedības disinhibīcija, apātija, stereotipas kustības, ēšanas paradumu maiņa, valodas traucējumi (izmeklēšanu veic neirologs/psihiatrs).

- A. 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).
 - B. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika).
- Smaguma pakāpes:
- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.

- Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
- D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlieku liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).
- F. Lēna attīstība un norise.
- G. Frontālās daivas vadošā loma (divas vai vairāk pazīmes):
 - Emociju labilitāte.
 - Asociāla uzvedība.
 - Atkavētība.
 - Apātija, nogurums.
 - Afāzija.
- H. Agrīnās stadijās relatīvi saglabāta atmiņa un parietālās daivas funkcijas.

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.

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

30. **NMPD.** Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests transportē pacientu.
31. **Neiroloģiska vai psihiatriska profila stacionārs.** Neatliekamās palīdzības dienests nogādā pacientu neiroloģiska vai psihiatriska profila stacionārā (atbilstoši prevalējošiem akūtiem neiroloģiskiem traucējumiem vai psihozes simptomiem).
32. **Neirologa vai psihiatra veikta izmeklēšana.** Psihiatrs (psihiatriska profila stacionārā nodaļa) /neirologs (neiroloģiska profila stacionārā nodaļa) veic pacienta detalizētu izmeklēšanu.
33. **Neskaidra diagnoze/ nepieciešama darba spēju ekspertīze.** Pacienta diagnoze neskaidra/nepieciešama darba spēju izvērtēšana.
34. **Klīniskā psihologa veikta izmeklēšana.** Klīniskais psihologs veic neiropsiholoģisku izmeklēšanu diagnozes precizēšanai (MMSE, MoCA, Pulksteņa zīmēšanas tests, Vudkoka-Džonsona kognitīvo funkciju tests). Jāiesaista klīniskais psihologs diagnostisku neskaidrību gadījumos, ja atzinums nepieciešams darba spēju ekspertīzes veikšanai.
35. **MRT izmeklējumu veikšana.** Veic MRT galvai stacionārā vai stacionārs organizē izmeklējuma veikšanu citā iestādē (vienojas, transportē pacientu, saņem atzinumu).

SVARĪGI! Ja MRT vai CT apstiprina demenci un neatklāj citas, potenciāli ķirurģiski ārstējamas patoloģijas, MRT vai CT nav jāatkārto, veikto izmeklējumu jāizmanto citiem ārstēšanā iesaistītiem speciālistiem.

36. **Neirologa vai psihiatra atkārtota izmeklēšana.** Neirologs/psihiatrs veic pacienta atkārtoto izmeklēšanu, izslēdzot atgriezeniskus demences cēloņus, izvērtējot neiropsiholoģisko izmeklējumu rezultātus, MRT/CT izmeklējumu atradnes.
37. **Demences diagnostika.** Neirologs/psihiatrs uzstāda precīzu demences diagnozi, atbilstoši SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem.

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

- A. 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).
- B. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika).
Smaguma pakāpes:
- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
- D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlieku liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).
- F. Izlēgti citi demences iemesli.

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.

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidruma izmeklējumu) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neurodeģeneratīvu 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 šķidruma izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību) **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēts fokāls neiroloģisks deficīts, cerebrāls infarkts pēc kura attīstījusies demence, ka klīnika mainīga, ka “pakāpienveidīga” progresija (veic neirologs/psihiatrs).

- A. 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).
 - B. Citu kognitīvo spēju pasliktināšanās (kritika, plānošana, savas dzīves organizēšana, funkcionēšanas pasliktināšanās, vēlama testēšana, psihodiagnostika).
- Smaguma pakāpes:
- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
 - D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlietu liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija))
 - E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apgērbties), dezorientācija (laiks)).
 - F. Nevienlīdzīgs kognitīvo funkciju traucējumu apjoms, dažas funkcijas vairāk skartas, citas mazāk. Atmiņa izteikti traucēta, kaut domāšana, spriešana un informācijas apstrāde mazāk traucēta.
 - G. Fokāls smadzeņu bojājums (vismaz viens):
 - Vienas puses locekļu vājums.
 - Vienas puses cīpslu refleksi izteiktāki.
 - Ekstensora plantārais reflekss.
 - Pseudobulbāra paralīze.
 - H. Informācija no izmeklējumiem, anamnēzes par cerebrovaskulāru slimību (infarkts, smadzeņu infarkts).

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 kompjūtertomogrāfija (CT), ja nav pieejama MRT). Vieglas demences gadījumā var nosūtīt ģimenes ārsts, vidēji smagas/smagas demences gadījumā nosūta neirologs/psihiatrs.

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (Pozitronu emisijas tomogrāfija (PET) vai perfūzijas SPECT, vai cerebrospinālā šķidruma izmeklējumu) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (PET izmanto kā pirmo izvēli, ja aizdomas par atipisku neurodeģeneratīvu procesu, kas neļauj diferencēt starp Alzheimeru, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; SPECT izmanto kā otro izvēli, ja PET neļauj diferencēt starp Alzheimeru, vaskulāru un fronto-temporālu demenci; cerebrospinālā šķidruma izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību) **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku (nosūta neirologs/psihiatrs).

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēta ortostātiska hipotensija (krišanas epizodes), ekstrapiramidālie simptomi, parkinsonisms, redzes halucinācijas (izmeklēšanu veic neirologs/psihiatrs).

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

Smaguma pakāpes:

- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
 - Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
 - Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
 - D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlietu liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
 - E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apģērbties), dezorientācija (laiks)).
 - F. Levi ķermenīšu slimības diagnostika G31.8 (svārstīgas kognitīvās funkcijas, redzes halucinācijas (sīki cilvēki, dzīvnieki), spontānas parkinsonisma lēkmes, REM miega uzvedības traucējumi, izteikta jūtība pret neiroleptiķiem, zema dopamīna transportmolekulas uzņemšana bazālajos ganglijos (SPECT vai PET redz), atkārtota krišana, pārejoši neizskaidrojami samaņas zudumi, ortostātiska hipotenzija).

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.

SVARĪGI! Turpmāku diagnostiku (SPECT) veic tikai tad, ja tas palīdz precizēt demences veidu (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; cerebrospinalā šķidrums izmeklēšanu veic strauji progresējošas demences gadījumā, lai noteiktu 14-3-3 proteīnu un izslēgtu Kreicfelda-Jākoba slimību) **un** demences veida noskaidrošana izmainīs pacienta ārstēšanas un izmeklēšanas taktiku. (nosūta neirologs/psihiatrs).

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

Neiroloģiskā un psihiatriskā izmeklēšanā konstatēta uzvedības disinhibīcija, apātija, stereotipas kustības, ēšanas paradumu maiņa, valodas traucējumi (izmeklēšanu veic neirologs/psihiatrs).

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

Smaguma pakāpes:

- Viegla: ikdienas problēmas, bet var dzīvot patstāvīgi.
- Vidēji smaga: nevar bez citu atbalsta, vajadzīga palīdzība iepērkoties, rīkojoties ar naudu.
- Smaga: nespēj saprātīgi rīkoties.
- C. Nav aptumšota apziņa.
- D. Emociju kontroles, motivācijas vai sociālas uzvedības izmaiņas (emocionāla labilitāte, aizkaitināmība, apātija, sociālās uzvedības izmaiņas (agresija, eksplozivitāte, pārlietu liela ēšana, seksuāla atkavētība, personības izmaiņas (akcentuācija)).
- E. Stāvoklis novērojams vismaz 6 mēnešus, neiroloģiski traucējumi (afāzija, agnozija (neatpazīst ķermeņa daļas), apraksija (nevar apgērbties), dezorientācija (laiks)).
- F. Lēna attīstība un norise.
- G. Frontālās daivas vadošā loma (divas vai vairāk pazīmes):
 - Emociju labilitāte.
 - Asociāla uzvedība.
 - Atkavētība.
 - Apātija, nogurums.
 - Afāzija.
- H. Agrīnās stadijās relatīvi saglabāta atmiņa un parietālās daivas funkcijas.

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.

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

38. **Nav demence.** Pacientam netiek konstatēta demence stacionārā izmeklēšanā.

39. **Nav demence.** Pacientam netiek konstatēta demence ambulatori izmeklējot.
40. **Nav demence.** Pacientam netiek konstatēta demences specializētā neiroloģijas dienas stacionārā vai gerontopsihiatrijas klīnikā.
41. **Nosūtīšana pie ģimenes ārsta.** Neirologs/psihiatrs no stacionāra nodaļas nosūta (u27 forma) pie ģimenes ārsta.
42. **Nosūtīšana pie ģimenes ārsta.** Neirologs/psihiatrs no ambulatorās pieņemšanas nosūta (u27 forma) pie ģimenes ārsta.
43. **Nosūtīšana pie ģimenes ārsta.** Neirologs/psihiatrs no specializēta neiroloģijas dienas stacionāra vai gerontopsihiatrijas klīnikas nosūta (u27 forma) pie ģimenes ārsta
44. **Ģimenes ārsts.** Ģimenes ārsts novēro pacientu (vizītes ne retāk kā pēc 6 mēnešiem).
45. **Nav demences pazīmju.** Pacientam netiek konstatēta demence ambulatori izmeklējot (ģimenes ārsta apskatē).