

Zaburzenia funkcji poznawczych

Alicja Klich-Rączka¹, Karolina Piotrowicz¹, Hanna Kujawska-Danecka²,
Paweł Zagożdżon³, Małgorzata Mossakowska⁴

¹ Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CM UJ w Krakowie

² Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii, Gdański
Uniwersytet Medyczny

³ Zakład Higieny i Epidemiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁴ Projekt Strategiczny Starzenie i Długowieczność, Międzynarodowy Instytut Biologii
Molekularnej i Komórkowej, Warszawa



Cel pracy



Ocena częstości występowania zaburzeń funkcji poznawczych w losowo wybranej, reprezentatywnej populacji osób starszych w Polsce w oparciu o przesiewową Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (*Mini-Mental State Examination* – MMSE).

Interpretacja wyników MMSE

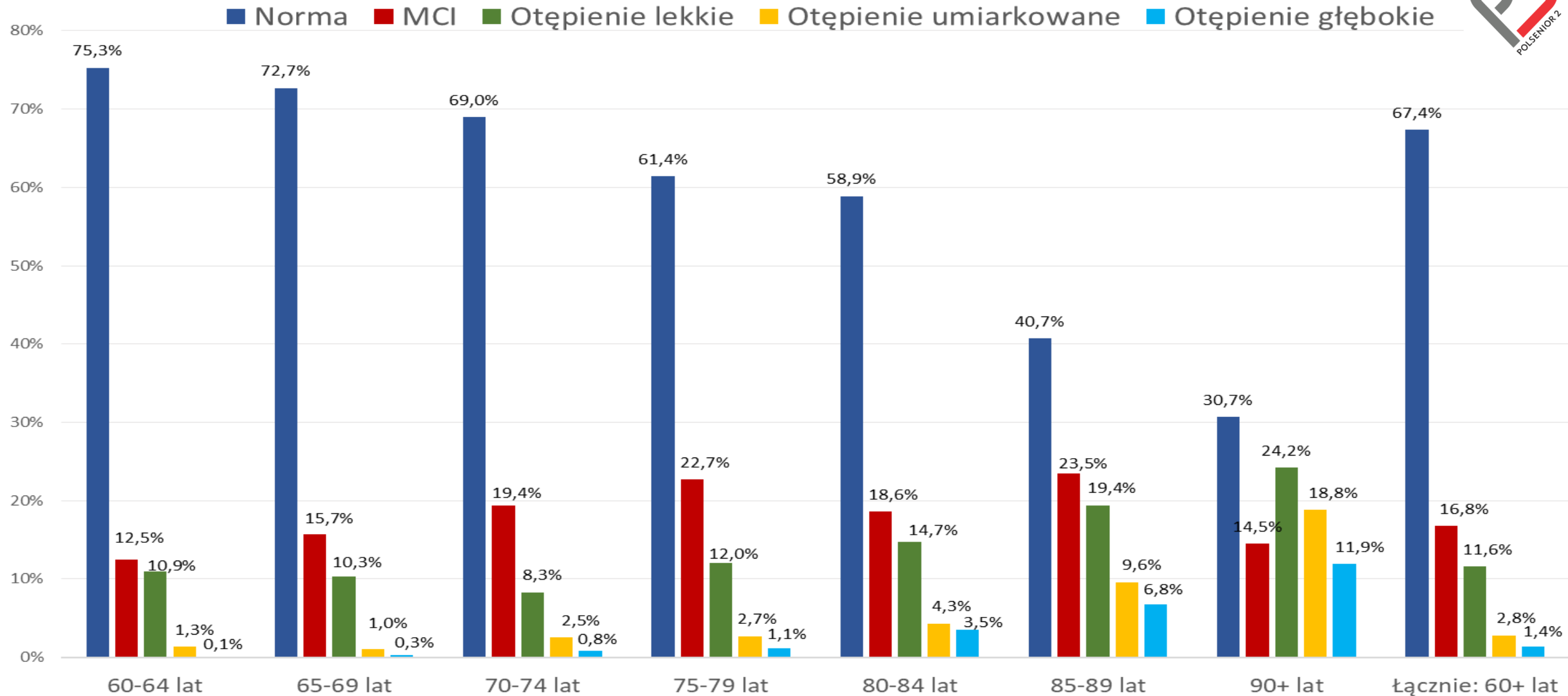
Uzyskane w badaniu surowe wyniki MMSE skorygowano według wieku i wykształcenia:

- prawidłowy wynik: 27,0–30,0 pkt.
- łagodne zaburzenia poznawcze: 24,0–26,99 pkt
- otępienie w stopniu lekkim: 19,0–23,99 pkt
- otępienie w stopniu umiarkowanym: 11,0–18,99 pkt
- otępienie w stopniu głębokim stopniu: 0–10,99 pkt

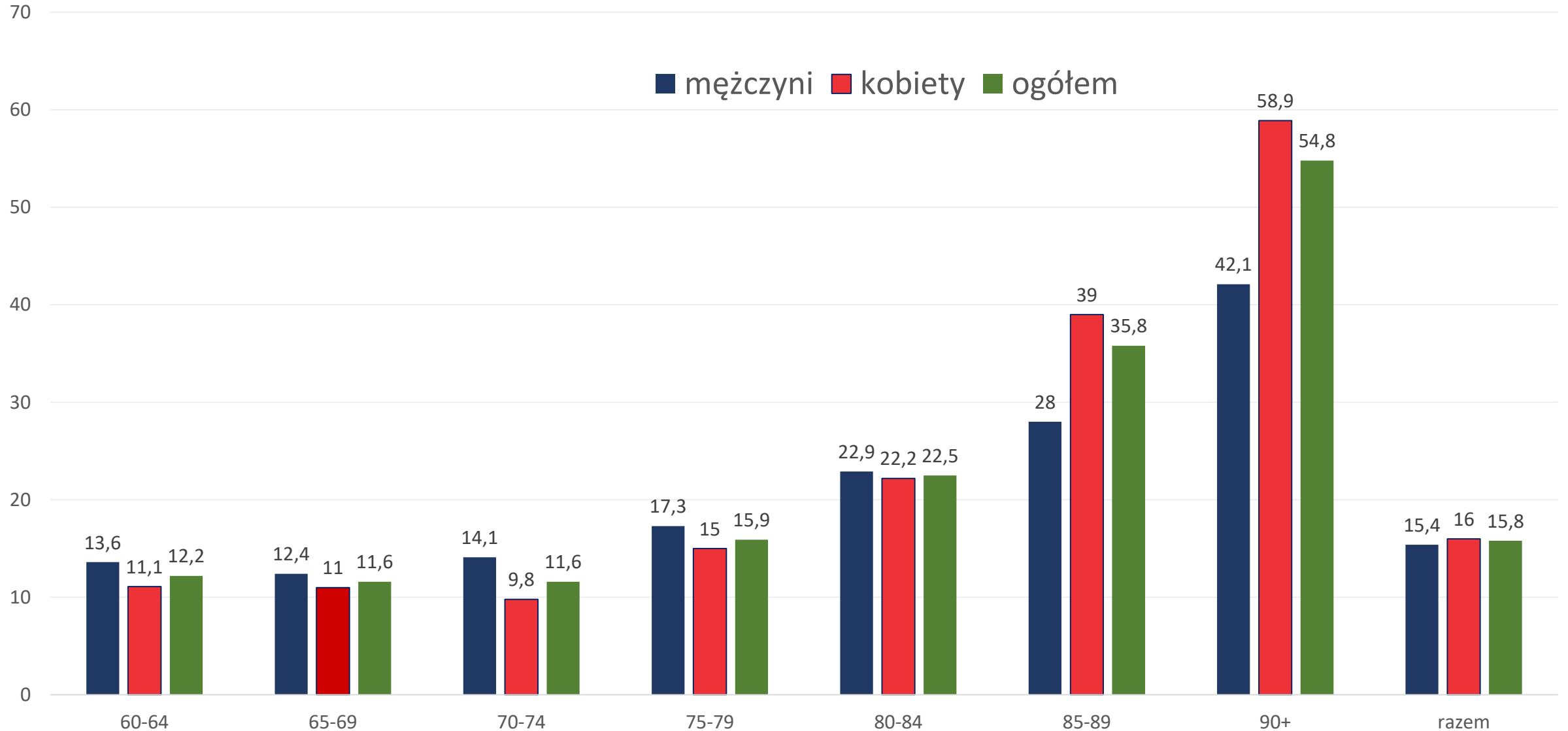
Korekta wg Mungasa: $MMSE \text{ skorygowany} = MMSE - [0,471x (\text{lata edukacji} - 12)] + [0,131x(\text{wiek} - 70)]$
(Mungas i wsp., 1996).



Częstość występowania prawidłowych funkcji poznawczych i zaburzeń funkcji poznawczych ocenianych na podstawie skorygowanego testu MMSE



Częstość podejrzenia otępienia (w %) na podstawie skorygowanego MMSE w zależności od płci i wieku



Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych ocenianych na podstawie wyników skorygowanego testu MMSE w zależności od poziomu wykształcenia oraz miejsca i regionu zamieszkania



	Norma % (95% CI)	Łagodne zaburzenia poznawcze (MCI) % (95% CI)	Otępienie ogółem % (95% CI)	Otępienie w stopniu lekkim % (95% CI)	Otępienie w stopniu umiarkowanym % (95% CI)	Otępienie w stopniu głębokim % (95% CI)
Wykształcenie:						
Podstawowe lub niepełne podst.	55,3 (51,6-59,0)	23,4 (20,3-26,4)	21,3 (18,3-24,4)	13,4 (10,7-16,2)	5,1 (3,8-6,3)	2,8 (2,0-3,7)
Zasadnicze zawodowe	63,9 (60,1-67,8)	20,5 (17,5-23,5)	15,6 (13,3-17,8)	12,0 (10,0-14,0)	2,7 (1,8-3,7)	0,8 (0,4-1,2)
Gimnazjalne, średnie lub pomaturalne	73,8 (70,8-76,8)	14,1 (11,6-16,5)	12,2 (10,3-14,0)	10,1 (8,4-11,8)	1,5 (0,9-2,1)	0,6 (0,3-0,9)
Wyższe	82,4 (79,1-85,8)	5,3 (3,3-7,4)	12,2 (9,4-15,0)	9,7 (6,7-12,6)	2,0 (0,7-3,3)	0,6 (0,1-1,0)
Miejsce zamieszkania:						
Wieś	63,5 (59,3-67,7)	18,9 (16,1-21,7)	17,6 (14,9-20,4)	12,8 (10,6-15,0)	3,4 (2,4-4,4)	1,5 (1,0-2,0)
Miasto < 50 tys.	70,9 (66,5-75,4)	14,3 (11,0-17,7)	14,7 (12,5-17,0)	11,6 (9,2-14,0)	1,8 (1,0-2,5)	1,3 (0,7-1,9)
Miasto 50-200 tys.	66,9 (62,7-71,1)	18,4 (15,5-21,4)	14,6 (11,6-17,6)	10,9 (8,7-13,0)	2,8 (1,7-4,0)	0,9 (0,3-1,6)
Miasto > 200 tys.	70,9 (68,2-73,6)	14,5 (11,4-17,6)	14,6 (12,7-16,5)	10,4 (8,1-12,6)	2,7 (1,3-4,1)	1,6 (0,9-2,2)
Region zamieszkania:						
Południowy	63,4 (59,0-67,9)	17,0 (13,7-20,3)	19,5 (15,9-23,1)	15,2 (12,6-17,7)	3,1 (1,4-4,9)	1,2 (0,7-1,8)
Północno-zachodni	68,1 (60,7-75,5)	18,8 (14,5-23,1)	17,9 (12,0-23,7)	9,9 (6,4-13,4)	2,0 (1,1-2,8)	1,2 (0,7-1,8)
Południowo-zachodni	72,2 (66,7-77,7)	18,2 (12,8-23,6)	9,6 (6,2-13,0)	6,4 (3,8-8,9)	2,4 (1,4-3,5)	0,8 (0,2-1,4)
Północny	67,8 (62,2-73,3)	15,4 (11,2-19,5)	17,9 (12,0-23,7)	12,3 (9,7-14,9)	2,8 (1,5-4,2)	1,8 (0,8-2,8)
Centralny	65,5 (58,6-72,3)	16,7 (11,6-21,8)	17,9 (12,0-23,7)	11,2 (6,9-15,6)	4,8 (2,8-6,8)	1,9 (0,5-3,2)
Wschodni	64,1 (58,5-69,7)	17,6 (13,5-21,7)	18,3 (15,9-20,8)	12,1 (10,4-13,8)	4,0 (2,7-5,3)	2,2 (1,3-3,1)
Województwo mazowieckie	71,9 (67,1-76,6)	14,5 (10,3-18,8)	13,6 (10,9-16,4)	11,7 (9,1-14,3)	1,2 (0,6-1,8)	0,8 (0,2-1,3)

Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych ocenianych na podstawie wyników skorygowanego testu MMSE w zależności od poziomu sprawności samoobsługowej i zapotrzebowania na pomoc



	Norma % (95% CI)	MCI % (95% CI)	Otępienie ogółem % (95% CI)
Sprawność w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (ADL):			
Sprawny (5–6 pkt.)	69,4 (67,2–71,6)	17,1 (15,3–18,8)	13,5 (12,2–14,9)
Częściowo niesprawny (3–4 pkt.)	24,9 (16,0–33,8)	13,8 (7,8–19,8)	61,4 (51,1–71,6)
Niesprawny (0–2 pkt.)	20,7 (10,1–31,4)	10,3 (1,4–19,2)	68,9 (58,0–79,9)
Sprawność w zakresie złożonych czynności dnia codziennego (IADL):			
Sprawny	74,6 (72,5–76,8)	15,2 (13,4–16,9)	10,2 (8,9–11,5)
Częściowo niesprawny	57,0 (52,5–61,5)	25,8 (22,1–29,4)	17,2 (13,9–20,5)
Niesprawny	29,7 (25,6–33,8)	17,6 (14,3–20,9)	52,7 (48,7–56,8)
Potrzeba pomocy:			
Nie	73,6 (71,3–75,9)	15,9 (14,1–17,7)	10,5 (9,2–11,8)
Tak	45,5 (41,5–49,6)	20,5 (17,5–23,5)	34,0 (30,9–37,1)

Szacunkowa liczba Polaków w wieku 60+ z podejrzeniem funkcji zaburzeń poznawczych ocenianych na podstawie wyników skorygowanego testu MMSE (Wyniki przedstawiono jako licznosci populacji w tys. z 95% przedziałami ufności)



Nasilenie zaburzeń	Mężczyźni	Kobiety	Razem
MCI	626,0 (548,1–704,0)	962,8 (842,7–1 082,9)	1 588,9 (1 431,4–1 746,3)
Otępienie ogółem	607,5 (531,2–683,8)	881,1 (793,3–969,0)	1 488,7 (1 362,3–1 615,1)
Otępienie w stopniu lekkim	465,6 (405,3–525,8)	631,3 (549,0–713,6)	1 097,0 (987,3–1 206,6)
Otępienie w stopniu umiarkowanym	107,7 (67,0–145,5)	154,3 (123,1–185,0)	262,0 (210,3–313,7)
Otępienie w stopniu głębokim	34,2 (20,2–48,1)	95,5 (72,5–118,6)	129,7 (103,2–156,2)

PODSUMOWANIE WYNIKÓW



- Podejrzenie otępienia stwierdzono u 15,8%, a MCI u 16,8% osób po 60 roku życia.
- U znacznego odsetka najstarszych stwierdzono otępienie umiarkowane i znaczne.
- Wykazano zależność częstości zaburzeń poznawczych od wieku i wykształcenia.
- Nie wykazano tej zależności od płci, miejsca zamieszkania.
- Otępienie podejrzewano częściej w rejonie półd i wsch, rzadziej w półd-zach.
- Otępienie podejrzewano częściej u osób z gorszą sprawnością samoobsługową.
- Podejrzenie otępienia - u prawie 1,5 mln osób po 60r.ż w Polsce
(u 130 tys. osób - znacznego).
- Liczba kobiet z podejrzeniem otępienia -1,5 x wyższa (881 tys. vs 607tys.).

WNIOSKI I REKOMENDACJE



- Ze względu na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń poznawczych w starości przesiewowa ocena tych zaburzeń powinna stanowić nieodzowny element oceny osób po 60 r.ż.
- Konieczna jest poprawa dostępności do opieki w poradniach zajmujących się problematyką zaburzeń pamięci.
- Rozpoznanie MCI pozwoli na wcześniejsze wdrożenie niefarmakologicznej profilaktyki otępienia, a rozpoznanie otępienia - na wcześniejsze włączenie farmakoterapii.

WNIOSKI I REKOMENDACJE



- Konieczne jest większe wsparcie w środowisku dla osób z mniej nasilonym otępieniem (np. domy pobytu dziennego)
- Niezbędne jest rozbudowywanie systemu wsparcia opiekunów rodzinnych
- Konieczne jest także zwiększanie liczby miejsc w ośrodkach opieki długoterminowej.
- Prewencja otępienia musi uwzględniać wszelkie aktywności i inicjatywy lokalne zwiększające zaangażowanie intelektualne osób starszych (np. UTW, Kluby Seniora); wspieranie ich na poziomie finansowym i organizacyjnym.



Dziękuję za uwagę