STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKI M

Otępienie jest jednym z najczęstszych problemów dotyczących pacjentów w wieku podeszłym. Osłabienie procesów poznawczych nałożone na fizjologiczne zmiany w organizmie związane z wiekiem, dysfunkcją fizyczną, psychiczną, społeczną, wielochorobowością, politerapią stanowi poważne wyzwanie zarówno dla pacjenta, jego rodziny oraz lekarzy zajmujących się chorymi.

Celem badania było ustalenie w jakim stopniu i zakresie obecność otępienia wyróżnia seniorów pod względem wielu różnych zmiennych, w tym uwarunkowań demograficznych, społecznych, funkcjonalnych, biochemicznych czy towarzyszącej chorobowości i jej skutków, a w końcu przeżywalności.

Materiał i metody: do badania włączono 353 pacjentów Oddziału Geriatrii Szpitala MSWiA w Białymstoku w okresie kolejnych 14 miesięcy, u których przeprowadzono całościową ocenę geriatryczną, w tym ocenę funkcji poznawczych oraz standardowe badania biochemiczne i czynnościowe. Grupę badaną stanowili pacjenci z rozpoznaniem otępienia (wg ICD-10) - 147 pacjentów (41,6%) oraz 206 pacjentów (58,4%), którzy nie spełniali w danym czasie kryteriów rozpoznania otępienia. Ustalono najczęściej występujące choroby przewlekłe, oceniono współchorobowość oraz śmiertelność w okresie dwuletnim od wypisu ze szpitala i przeprowadzono analizę statystyczną u pacjentów z otępieniem i bez otępienia.

Wyniki: średnia wieku badanej populacji wynosiła 82,2, ± 6,67 lat (min. 62 lat max. 102 lata). Wśród osób badanych dwie trzecie stanowiły kobiety (66,3%), niemal co trzecia osoba spośród badanych zamieszkiwała samotnie (32,6%). Wraz z bardziej zaawansowanym wiekiem chronologicznym pacjentów obserwowano pogarszające się funkcjonowanie poznawcze - uśrednione wyniki testów przesiewowych Blessed'a (10,8/28 pkt ±8,9 pkt) i MMSE (20,9/30 pkt ±7,1 pkt) w całej próbie wykraczały poza przyjęte zakresy normy ($p<0,001$). Udział chorych z otępieniem ulega potrojeniu między wczesną starością (60-74 lat) a wiekiem sędziwym (90+lat) - odpowiednio 19,6% vs 64,9%. Co czwarty pacjent geriatryczny nie wykazuje zaburzeń poznawczych, przy czym udział takich osób jest pięciokrotnie wyższy we wczesnej starości aniżeli w wieku sędziwym. Pacjenci z otępieniem częściej wymagali opieki osób trzecich (77,6% vs 50,9% $p<0,001$), prezentowali gorszą mobilność (TUG [m/s] 0,27 ± 0,22 vs 0,41 ± 0,26 $p<0,001$) i sprawność w zakresie życia codziennego IADL (4,8±3,9 pkt vs 8,2 ± 3 pkt $p<0,001$). W badaniach laboratoryjnych obserwowano różnice w stężeniach glikemii (102,6±22,4 vs 110,3±34,7 [mg/dl] $p=0,01$), witaminy B12 (382,7±267,6 vs 406,2±263 [pg/dl] $p=0,04$) oraz witaminy D3 (19,4±14,8 vs 23,6±14,7 [ng/ml] $p=0,002$). U

chorych z otępieniem stwierdzono większą liczbę współwystępujących chorób (7,3±2,0 vs 5,8 ±2,0 *p<0,001*), a także wyższą wartość Charlson Index (9.0 ± 2.8 vs 7.4 ± 2.9; *p <0.001*). U pacjentów z otępieniem istotnie częściej stwierdzano chorobę małych naczyń mózgu i naczyń obwodowych, migotanie przedsionków, majaczenie, chorobę Parkinsona, a jednocześnie rzadziej występowało nadciśnienie tętnicze, choroba zwyrodnieniowa stawów, cukrzyca oraz układowe choroby tkanki łącznej. Otępienie statystycznie istotnie częściej występowało przy obecności majaczenia (OR 15,6 95%, CI 7,2-33,6), objawów pozapiramidowych (OR 3,1, 95% , CI 1,4-7,1), zaawansowanego wieku (OR 1,08, 95%, CI 1,02-1,12), wielochorobowości (OR 1,23, 95%, CI 1,1-1,4), gorszej sprawności w życiu codziennym (Barthel Index OR 0,98, 95% CI 0,97-1,0) oraz przy niższym stężeniu witaminy D (OR 0,98, 95% CI 0,96-1,0), a także niskiej masie ciała przy braku cech niedożywienia białkowego. Pacjenci z otępieniem w analizowanym okresie 2 lat żyli średnio o 68 ± 21 dni (*p=0,008*) krócej od osób bez otępienia. Do czynników ryzyka zgonu zaliczały się: płeć męska, wielochorobowość z towarzyszącą depresją i utratą mobilności oraz niedożywienie białkowo-energetyczne mierzone stężeniem albumin.

Wnioski: Wiek stanowi jeden z najważniejszych czynników ryzyka zaburzeń poznawczych i otępienia. Pacjenci z otępieniem mają gorszą sprawność fizyczną i wymagają większej opieki ze strony osób trzecich w codziennych czynnościach. U chorych z otępieniem diagnozuje się większą ilość problemów zdrowotnych, a także częściej stwierdza się niższe stężenia glukozy oraz witamin B12 i D3. Pacjenci z otępieniem umierają wcześniej niż chorzy bez otępienia w 2 letniej obserwacji, natomiast silniejszymi predykatorami zgonu okazały się być płeć męska, wielochorobowość z towarzyszącą depresją i utratą mobilności oraz niedożywienie białkowo-energetyczne mierzone stężeniem albumin.