

KATARZYNA GUSTAW<sup>1</sup>, IRENA WOŹNICA<sup>2</sup>, JERZY BYLINA<sup>2</sup>

ROZPOWSZECHNIENIE ZESPOŁÓW OTĘPIENNYCH W TYM  
CHOROBY ALZHEIMERA W POPULACJI MIESZKACÓW  
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO

*PREVALENCE OF DEMENTIA SYNDROMES - INCLUDING ALZHEIMER'S  
DISEASE - AMONG THE POPULATION OF THE LUBLIN REGION*

*РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ БОЛЕЗНИ  
АЛЬЦГЕЙМЕРА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЛЮБЛИНСКОГО ВОЕВОДСТВА*

*ПОШИРЕННЯ ДЕМЕНЦІЇ, У ТОМУ ЧИСЛІ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА  
СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЛЮБЛІНСЬКОГО ВОЄВОДСТВА*

<sup>1</sup> Z Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. Jerzy Z a g ó r s k i

<sup>2</sup> z Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

Dyrektor Instytutu: Prof. dr hab. n. med. L. W d o w i a k

W artykule przedstawiono wyniki badania dotyczącego rozpowszechnienia zespołów otępiennych w populacji mieszkańców województwa lubelskiego ze szczególnym uwzględnieniem mieszkańców wsi.

**SŁOWA KLUCZOWE:** zespoły otępienne, rozpowszechnienie, choroba Alzheimera.

**KEY WORDS:** *dementia syndromes, prevalence, Alzheimer's disease.*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *деменция, распространение, болезнь Альцгеймера.*

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** *деменція, поширення, хвороба Альцгеймера.*

W epidemiologii chorób otępiennych rozpowszechnienie jest zdecydowanie najczęściej stosowanym wskaźnikiem i najczęściej badanym zagadnieniem. Dotychczas opublikowano ponad 60 doniesień na temat rozpowszechnienia tych chorób w różnorodnie określonych populacjach. Badania te różnią się stopniem ich diagnostycznej specyficzności. W niektórych z nich w celu postawienia diagnozy zajmowano się rozpowszechnieniem upośledzenia poznawczego, kładąc szczególny nacisk na wynik przesiewowego testu określającego funkcje poznawcze. Pomimo tego, iż najwięcej przypadków upośledzenia poznawczego spowodowanych jest demencją, to jednak do tej grupy zaliczane są również osoby słabo wykształcone, opóźnione umysłowo i osoby niepełnosprawne w uczeniu się.

W większości publikacji autorzy przedstawiający dane dotyczące rozpowszechnienia w sposób ogólny określają przypadki w ramach zespołu otępiennego, jednak bez próby rozpoznania konkretnych chorób otępiennych. W dawniejszych badaniach nie były dostępne rygorystyczne kryteria diagnostyczne demencji, a zatem ich ocena była tak szacunkowa, że w praktyce dotyczyła upośledzenia funkcji poznawczych, a nie demencji. Prac w których próbowano

postawić kliniczne rozpoznania konkretnych chorób otępiennych, zazwyczaj najbardziej rozpowszechnionych demencji takich jak choroba *Alzheimera*, czy demencja naczyniopochodna jest jednak stosunkowo mało [2, 8, 16].

#### CEL BADANIA

Celem badania było określenie rozpowszechnienia zespołów otępiennych w populacji mieszkańców województwa lubelskiego, ze szczególnym uwzględnieniem populacji zamieszkałej na wsi (BERCAL-badanie epidemiologiczne rozpowszechnienia choroby *Alzheimera* w województwie lubelskim).

#### PROBLEMATYKA WYBORU METODY BADANIA ZESPOŁÓW OTĘPIENNYCH

Na podstawie analizy danych dotyczących metodologii licznych, choć niejednorodnych prac badających rozpowszechnienie demencji (jak zaznaczono we wstępie), wybrano dwuetapowy proces selekcji populacji do badania jak również dwuetapowy proces rozpoznawania demencji. W pierwszym etapie screening, a potem szczegółowy proces diagnostyczny badanej populacji z wyłączeniem demencji o typie wtórnym.

Szczególną wartością metodologiczną badania jest zastosowanie w badaniach dwóch testów screeningowych, co zwiększa czułość metody przesiewowej testu oceny funkcji poznawczych czyli:

- Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego, Mini-Mental State Examination (MMSE);
- Testu Rysowania Zegara.

Ze względu na to, że oba testy oceniają nieco inne procesy poznawcze, istotne jest zwrócenie uwagi na to, aby badanie przesiewowe obejmowało zarówno Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego, jak i Test Rysowania Zegara.

Wprawdzie testy te należą do najbardziej znanych testów przesiewowych w rozpoznawaniu otępienia, niemniej jednak z uwagi na kontekst tej pracy warto przedstawić opis ich istoty.

**Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego / MMSE /** -odzwierciedla ogólny poziom funkcjonowania poznawczego osoby badanej. Stanowi on sumę punktów uzyskanych w próbach oceniających: orientację w czasie i w miejscu, zapamiętywanie trzech wyrazów, uwagę i liczenie, swobodne odtwarzanie wcześniej zapamiętanych wyrazów po krótkim odroczeniu, nazywanie dwóch przedmiotów, wykonywanie poleceń słownych, pisanie oraz kopiowanie dwóch przecinających się pięciokątów [4].

Maksymalny wynik wynosi 30 punktów. Według autorów skali, wynik poniżej 24 punktów sugeruje obecność procesu otępiennego i wskazuje na konieczność podjęcia dalszych badań diagnostycznych w celu potwierdzenia bądź wykluczenia tego podejrzenia.

Pomimo wielu zalet, skala ta nie jest pozbawiona poważnych ograniczeń diagnostycznych. Sposób wykonania poszczególnych zadań zależy od wieku i wykształcenia osoby badanej. Oznacza to, że ten sam wynik może mieć różne

implikacje diagnostyczne w przypadku osób w różnym wieku i z różnym poziomem wykształcenia. Z tego względu, większą wartość kliniczną ma wynik skorygowany, uwzględniający wpływ tych czynników. Wzór na obliczenie tego wyniku jest następujący:

Wynik skorygowany = wynik MMSE -  $[0,471 \times (\text{lata nauki} - 12) + 0,31 \times (70 - \text{wiek})]$ .

W warunkach codziennej praktyki klinicznej skorygowania wyniku można dokonać również dodając do wyniku uzyskanego przez osobę badaną odpowiednią - z punktu widzenia jej wieku i wykształcenia - wartość liczbową, zgodnie z metodą opisaną poprzednio [12].

Obydwie formy korekty uwzględniono także w metodologii projektu BERCAL.

**Test Rysowania Zegara** stosuje się w praktyce klinicznej w kilku wersjach. Klinicyści najczęściej używają wersji tego testu według *Sunerlanda* i wsp. [17]. Osoba badana proszona jest o narysowanie tarczy zegara i zaznaczenie na niej godzin, a następnie umieszczenie wskazówek w taki sposób, aby zegar pokazał godzinę 2:45. Za prawidłowe wykonanie tej próby badany może uzyskać maksymalnie 10 punktów (próba wykonana całkowicie prawidłowo), a minimalnie 1 punkt (chory w ogóle nie podejmuje próby lub sposób jej wykonania nie jest możliwy do interpretacji).

Inną wersją Testu Rysowania Zegara jest zestaw trzech prób. Pierwsza z nich polega na wpisaniu w pustą tarczę zegara liczb oznaczających kolejne godziny. W drugiej próbie osobę badaną prosi się o narysowanie wskazówek zegara w taki sposób, by pokazywały godzinę „trzecią zero zero”, a w trzeciej próbie - godzinę „dziesięć po jedenastej”. W tej formie, oprócz procesów wzrokowo-przestrzennych, Test ten umożliwia ocenę takich funkcji poznawczych, jak: planowanie przebiegu czynności poznawczych (pierwsza próba) oraz myślenie abstrakcyjno-pojęciowe (trzecia próba) [5]. Powyżej cytowaną wersję wybrano do protokołu niniejszych badań.

W ocenie wyników tych testów dla rozpoznania otępienia należy wziąć pod uwagę ich zależność od: wieku badanych osób, wykształcenia, dotychczasowej ich aktywności zawodowej i społecznej oraz ogólnego poziomu aktywności życiowej, a także stanu sprawności wzroku i słuchu oraz stanu emocjonalnego.

#### DOBÓR POPULACJI I METODA BADANIA W PROJEKCIE BERCAL

Projekt rozpoczęto cyklem szkoleń dla lekarzy rodzinnych i lekarzy innych specjalności z podstawowej opieki zdrowotnej z terenów wiejskich i miejskich województwa lubelskiego. Kolejnym etapem było zebranie informacji o populacji objętej opieką każdego z tych lekarzy.

Badanie w aspekcie doboru populacji prowadzono metodą reprezentacyjną z zastosowaniem doboru próby drogą losowania dwustopniowego warstwowego, z takim doбором warstw, który maksymalizuje korelacje z celem badania.

Operatem losowania I stopnia były listy gmin i zakładów podstawowej opieki zdrowotnej w województwie. W drugim stopniu wylosowane zostały, także w sposób warstwowy, osoby do badań przesiewowych. Przeprowadzono losowanie reprezentatywnych grup populacji osób po 55 r.ż. w oparciu o kohorty osób

pozostających zarówno pod opieką praktyk lekarzy rodzinnych i innych lekarzy z poz jak też takich osób, które nie korzystają z tego rodzaju usług. Badanie przeprowadzono na bazie zakładów podstawowej opieki zdrowotnej, w których podopieczny aktualnie może wybierać lekarza rodzinnego bez obowiązku rejonizacji. Jak wiadomo, część populacji zamieszkującej sąsiedztwo zakładu służby zdrowia z różnych względów może nie korzystać z jego usług (ubezpieczenie, praca, inne możliwości lub trudności itp.). Aby zapewnić terytorialną reprezentatywność próby w pierwszym stopniu losowano gminy, następnie z list mieszkańców gminy proporcjonalnie losowano osoby w wieku powyżej 55 roku życia, które zostały poddane badaniu screeningowemu.

W drugim stopniu losowanie warstwowe, korelowane było z celem badania, proporcjonalne do liczebności warstw.

Na podstawie rezultatów wstępnego badania efektywności próby zaplanowano screening punktowy populacji w wieku powyżej 55 r. obejmujący około 1200 osób w wylosowanych praktykach lekarzy poz celem wybrania grupy pacjentów z zespołem otępiennym.

Formą badania był cykl badań terenowych w miejscu praktyk tych lekarzy w 20 wybranych ośrodkach, przez 3-osobowy zespół, który przeprowadzał badanie przesiewowe.

Screening obejmował ankietę i badanie Mini Mental State Examination (MMSE) z korektą dla wieku i wykształcenia oraz Test Rysowania Zegara.

Dokładne badanie neurologiczne, psychologiczne, psychiatryczne, a także ocena sytuacji rodziny pacjenta wyselekcjonowanego w czasie screeningu przeprowadzane były w Pracowni Diagnostyki i Terapii Chorób Neurodegeneracyjnych IMW w Lublinie. Dokładny proces diagnostyczny wyłonił grupę 83 pacjentów z różnymi formami pierwotnej demencji, co pozwoliło na ocenę rozpowszechnienia tego zjawiska w województwie lubelskim.

#### WYNIKI BADANIA

W pierwszym etapie badań wyselekcjonowano 1153 pacjentów do screeningu w 20-ośrodkach, z czego przebadano 1040 osób. Zgłaszalność pacjentów była wysoka i wynosiła 90,2%.

W drugim etapie badania wyselekcjonowano grupy pacjentów i postawiono im diagnozę kwalifikując ich do następujących grup:

- VaD-demencja naczyniopochodna,
- AD-choroba *Alzheimer*a,
- MIX-demencja mieszana,
- VCI- naczyniopochodne zaburzenia funkcji poznawczych,
- MCI- łagodne zaburzenia poznawcze,
- FTD-otępienie czołowo-skroniowe.

W procesie diagnostycznym przyjęto następujące kryteria diagnostyczne dla VaD kryteria *Roman* i wsp. [14], a także zasady *Hachinskiego* i wsp [6], dla AD kryteria ICD10 (1997), a także kryteria opublikowane przez *Neary* i wsp [13] dla FTD i *Mc Kath* i wsp [10] dla DLB czyli choroby rozsianych ciał *Lewy'ego* nie

notowanych w grupie pacjentów tego badania. Dla demencji mieszanej przyjęto zasady publikowane przez Kurita i wsp. [9] oraz Corey-Bloom i wsp [3]. Dla łagodnych zaburzeń poznawczych stosowano kryteria Reisberga i wsp. [15] w przypadku MCI, a dla VCI cytowano Moorhouse i Rockwood [11].

Ocenę rozpowszechnienia demencji przeprowadzono w oparciu o dane z Rocznika Statystycznego GUS [2006] o liczebności ludności województwa lubelskiego gdzie populacje targetową stanowiło 2182191 mieszkańców. Rozpowszechnienie poszczególnych form zaburzeń poznawczych o charakterze neurodegeneracyjnym przedstawiono w Tabeli I

**Tabela I.** Częstość i rozpowszechnienie różnych form demencji w badanej grupie.

*Table I.* Incidence and prevalence of various forms of dementia in the group examined.

*Таблица I.* Частота и распространение разных форм деменции в исследуемой группе.

*Таблиця I.* Частота і поширення різних форм деменції в досліджуваній групі.

Typ demencji	Częstość różnych form demencji		Rozpowszechnienie demencji w badanej populacji	Rozpowszechnienie demencji w badanej populacji w przeliczeniu na 100,000
	N	%		
VaD	10	12,0	20982	961,5/100 000
MCI	17	20,5	35670	1634,6/100 000
AD	17	20,5	35670	1634,6/100 000
VCI	10	12,0	20982	961,5/100 000
MIX	18	21,7	37769	1730,0/100 000
FTD	4	4,8	8392	384,6/100 000
Inne	7	8,4	14686	673/100 000
Ogółem	83	100,0		

Powyższe dane z badań wskazują, że rozpowszechnienie najczęstszych postaci otępienia w badanej populacji na terenie województwa lubelskiego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców ocenia się w przypadku choroby *Alzheimera* /AD/ na 1634,6 /100 tys., demencji naczyniopochodnej / VaD / na 961,5 na 100 tys., a demencji mieszanej / MIX/ na 1730,0 na 100 tys.

Pozostałe to: łagodne zaburzenia poznawcze /MCI/, naczyniopochodne zaburzenia funkcji poznawczych /VCI/ i otępienie czołowo-skroniowe /FTD/.

W kategorii „inne typy demencji” /siedem przypadków/ w wyniku ostatecznej diagnozy określono je jako demencję w przebiegu TBE, chorobę *Fahra*, wodogłowie normotenyjne i inne [19]. We wszystkich tych 7 przypadkach demencja dominowała w obrazie klinicznym.

Analiza danych dotycząca płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania, czy wieku 83 pacjentów z różnymi formami demencji, którzy zostali wyłonieni podczas szczegółowego badania klinicznego wskazuje, że dominowały w tej grupie osoby z wykształceniem podstawowym lub niższym /75,9%/. Zaburzenia te obserwowano też częściej u kobiet niż mężczyzn, zwłaszcza w przedziale wiekowym 70-79 lat oraz 60-69 lat [Tab. II i III].

**Tabela. II.** Płeć i wykształcenie pacjentów w grupie z demencją.

*Table II.* Gender and education level of patients with dementia.

*Таблица II.* Пол и образование пациентов в группе с деменцией.

*Таблиця II.* Стать і освіта пацієнтів в групі з деменцією.

Płeć	Liczba pacjentów	%	Wykształcenie	Liczba pacjentów	%
Kobieta	50	60,2	Podstawowe lub niższe	63	75,9
Mężczyzna	33	39,8	Wyżej niż podstawowe	20	24,1
Ogółem	83	100,0	Ogółem	83	100,0

**Tabela. III.** Wiek i miejsce zamieszkania w grupie z demencją.

*Table III.* Age and place of residence of patients with dementia.

*Таблица III.* Возраст и место проживания в группе с деменцией.

*Таблиця III.* Вік і місце проживання в групі з деменцією.

Grupy wiekowe	Liczba pacjentów	%	Zamieszkanie	Liczba pacjentów	%
do 60 roku życia	9	10,8	Wieś	53	63,9
60-69 lat	21	25,3	Duże miasto	24	28,9
70-79 lat	38	45,8	Małe miasto	6	7,2
80 i więcej lat	15	18,1			
Ogółem	83	100	Ogółem	83	100,0

Powyższe zmienne demograficzno- społeczne pozostawały bez wpływu na typ demencji. W populacji wiejskiej obserwowano większe rozpowszechnienie demencji naczyniopochodnej w porównaniu z częstością choroby *Alzheimera*, odwrotnie niż w populacji miejskiej [Tab. III]. Może się to wiązać z licznymi czynnikami ryzyka wystąpienia zespołów otępiennych, w tym aktywności fizycznej, umysłowej, czy czynnikami dietetycznymi.

#### DYSKUSJA

Postępowanie diagnostyczne u osób podejrzanych o otępienie, skarżących się na zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych jest procesem dwuetapowym. W pierwszym etapie zmierza ono przede wszystkim do rozpoznania otępienia jako zespołu objawów, a w drugim - do rozpoznania przyczyny tego otępienia, tzn. choroby objawiającej się otępieniem. Końcowym wynikiem pierwszego etapu może być rozpoznanie otępienia lub stwierdzenie, że istniejące zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych nie są otępieniem i wymagają dalszej obserwacji lub są one elementem innego zespołu psychopatologicznego, takiego jak depresja czy zaburzenia świadomości.

Głównym celem drugiego etapu jest jak najszybsze zidentyfikowanie tzw. odwracalnych lub możliwych do specyficznego leczenia przyczyn otępienia, takich jak wodogłowie normotensyjne, wolno rosnące guzy mózgu, zaburzenia metaboliczne i inne. Chociaż przyczyny te są odpowiedzialne za stosunkowo niewielką część przypadków otępienia, to wysiłek diagnostyczny w ich poszukiwaniu i wykluczeniu jest konieczny, a niepodjęcie go to błąd w sztuce lekarskiej. Dopiero po wykluczeniu tych przyczyn można przystąpić do diagnostyki różnicowej między przyczynami naczyniowymi i zwyrodnieniowymi stwierdzanego otępienia.

Współczesne rozpoznawanie otępienia opiera się na kryteriach diagnostycznych. Dwa najczęściej obecnie stosowane kryteria diagnostyczne otępienia, traktowane często jako złoty standard, to:

A /kryteria Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, w wersji 10, zwane w skrócie ICD-10 [19].

B /kryteria Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów w wersji IV opublikowane w 1994 roku, zwane w skrócie DSM-IV (różniące się nieznacznie w stosunku do wersji poprzedniej, opublikowanej w 1987 roku, DSM-III-R [1].

Rozpoznanie otępienia jest zadaniem klinicznym wymagającym współpracy lekarza i psychologa szczególnie we wczesnym okresie choroby lub w przypadkach nietypowych. Podstawę oceny w badaniu neuropsychologicznym stanowią wyniki pojedynczych testów lub ich baterii, określające stopień zaburzeń poszczególnych funkcji poznawczych. Dla postawienia rozpoznania otępienia badanie neuropsychologiczne musi również uwzględniać ocenę stanu emocjonalnego i dokładny wywiad, co do narastania objawów oraz codzienną aktywność chorego i jego funkcjonowanie społeczne.

Dla wysunięcia uzasadnionego podejrzenia wystąpienia otępienia lub dla celu badania przesiewowego bardzo przydatne są krótkie testy oceny zaburzeń funkcji

poznawczych, takie jak opisane wyżej MMSE czy Test Zegara. Nie pozwalają one jednak na postawienie rozpoznania otępienia i nie mogą w żadnym przypadku zastąpić dokładnego i ukierunkowanego na funkcje poznawcze badania lekarskiego (neurologicznego, psychiatrycznego) lub badania neuropsychologicznego. Dopiero przeprowadzenie tych badań może upoważnić do stwierdzenia spełnienia, lub nie, kryteriów diagnostycznych otępienia.

#### KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE OTĘPIENIA

Według autorów ICD-10 otępienie „jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe (funkcje poznawcze), jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena”. Rozpoznanie otępienia może być postawione, jeśli spełnione są następujące warunki [19]:

1. Stwierdza się występowanie zarówno:

- zaburzeń pamięci (głównie uczenie się nowych informacji),
- zaburzeń innych funkcji poznawczych (osądu, myślenia, planowania, organizowania, ogólnego przetwarzania informacji), które uległy pogorszeniu w stosunku do wcześniejszego wyższego poziomu, w obu przypadkach w stopniu powodującym zaburzenia funkcjonowania w zakresie codziennego życia. Istnienie tych zaburzeń jest udokumentowane rzetelnym wywiadem od osób z najbliższego otoczenia chorego, i w miarę możliwości, wynikami badania neuro-psychologicznego lub „ilościowymi metodami oceny procesów poznawczych”.

2. Zachowana jest „świadomość otoczenia, tj. „brak przymglenia świadomości” (definiowanego jako „zmniejszona jasność rozpoznawania otoczenia z mniejszą zdolnością koncentracji, podtrzymywania i przemieszczania uwagi”) przynajmniej przez czas niezbędny dla stwierdzenia występowania zaburzeń funkcji poznawczych. W przypadku nawarstwienia się epizodów zaburzeń świadomości (delirium) rozpoznanie otępienia należy odroczyć”.

3. Występuje „spadek emocjonalnej kontroli nad motywacją,” albo zmiana zachowań społecznych, przejawiająca się co najmniej jednym z następujących objawów:

- a) chwiejność emocjonalna,
- b) drażliwość,
- c) apatia,
- d) prymitywizacja zachowań społecznych”.

4. Objawy zaburzeń pamięci, jak i innych funkcji poznawczych występują od co najmniej 6 miesięcy.

W komentarzu autorzy tych kryteriów stwierdzają, że „przesłankami wzmacniającymi rozpoznanie jest potwierdzenie zaburzenia innych wyższych czynności korowych w postaci; afazji, agnozji, apraksji”.

Kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przedstawione w IV edycji klasyfikacji diagnostycznej i statystycznej chorób psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV,



1994) nie wyodrębniają osobnej kategorii diagnostycznej „otępienie”, ale kryteria jego rozpoznania są zawarte w kryteriach różnych rodzajów otępienia, tzn. otępienia typu *Alzheimerera*, otępienia naczyniowego (naczyniopochodnego, poprzednio definiowanego jako otępienie wielozawałowe), otępienia w przebiegu innych chorób.

Według tych kryteriów dla postawienia rozpoznania otępienia konieczne jest stwierdzenie:

1. Obecności licznych deficytów poznawczych manifestujących się jako:

- upośledzenie pamięci (zaburzona zdolność przyswojenia nowych informacji lub przypomnienia wcześniej nabytych informacji),

- oraz jeden lub więcej z następujących objawów:

• afazja (zaburzenia mowy);

• apraksja (zaburzona zdolność do wykonywania czynności ruchowych mimo zachowanych czynności ruchowych, tzn. braku niedowładu);

• agnozja (niezdolność do rozpoznawania przedmiotów mimo braku zaburzeń czucia, w tym zmysłów wzroku, słuchu itd.);

• zaburzenia funkcji wykonawczych, tzn. planowania, organizacji, porządkowania, abstrakcyjnego myślenia itd.

2. Obie wyżej wymienione grupy objawów (tj. zaburzenia pamięci i inne zaburzenia poznawcze) powodują istotne zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym oraz istotne pogorszenie (spadek) dotychczasowego poziomu funkcjonowania.

3. Objawy te nie występują wyłącznie w przebiegu majaczenia.

4. Obecność tych objawów nie może być lepiej wyjaśniona inną chorobą psychiczną (I osi), taką jak duża depresja czy schizofrenia.

Obie powyższe definicje zgodnie wskazują na ważne znaczenie dla właściwego rozpoznania poniższych cech otępienia:

1. Powodem otępienia jest „organiczna” choroba (uszkodzenie) mózgu, najczęściej przewlekła i postępująca. Jest to więc zaburzenie nabyte i nie obejmuje upośledzenia umysłowego, które jest stanem zahamowania lub niepełnego rozwoju umysłu.

2. Istotą otępienia są zaburzenia funkcji poznawczych, ale dla zespołu (obrazu klinicznego) otępienia typowe są również zaburzenia zachowania i emocji, wyrażające się m.in. zmianami w osobowości.

3. Otępienie jest zespołem objawów, tzn. że rozpoznanie otępienia nie może być postawione na podstawie stwierdzenia tylko jednego objawu, np. zaburzeń pamięci. W obu systemach klasyfikacyjnych występują odrębne kryteria diagnostyczne dla zaburzeń amnestycznych.

4. Rozpoznanie otępienia wymaga stwierdzenia ciągłości występowania zaburzeń funkcji poznawczych; kryteria ICD-10 definiują nawet minimalny czas występowania (6 miesięcy).

5. Postawienie rozpoznania otępienia wymaga wykluczenia innych zaburzeń psychicznych (zespołów psychopatologicznych) mogących powodować zaburzenia funkcji poznawczych, przede wszystkim zaburzeń świadomości (zespołu majaczeniowego) i depresji. W niektórych przypadkach otępień (chorobach

prowadzących do otępienia, np. w otępieniu z ciałkami *Lewy'ego*) zaburzenia świadomości mogą towarzyszyć zaburzeniom funkcji poznawczych, ale rozpoznanie wyłącznie otępienia wymaga obecności jego objawów także przy braku jakichkolwiek zaburzeń świadomości.

6. Nasilenie zaburzeń funkcji poznawczych i innych objawów w otępieniu musi być na tyle duże, by powodować trudności w codziennych czynnościach, zdolności do pracy zawodowej lub w kontaktach międzyludzkich.

Niewielkie różnice między tymi kryteriami (np. wymóg 6 miesięcy obserwacji w ICD-10 i brak tego wymogu w DSM-IV) powodują, że stosując różne kryteria można otępienie rozpoznać lub nie. Oba kryteria diagnostyczne zostały opracowane pod kątem wykrywania otępienia w chorobie *Alzheimerera*, co powoduje, że ich czułość w rozpoznawaniu otępień w przebiegu innych chorób jest znacznie niższa. Konieczność stwierdzenia zaburzeń pamięci (wg DSM-IV muszą one, niezależnie od upośledzenia innych funkcji poznawczych, powodować istotne zaburzenia funkcjonowania społecznego lub zawodowego), nieodwracalności zaburzeń funkcji poznawczych i postępującego przebiegu stwarza trudności diagnostyczne, szczególnie wczesnych przypadków otępienia czołowo-skroniowego, otępienia naczyniopochodnego czy otępienia z ciałkami *Lewy'ego*.

W tych rodzajach otępienia zaburzenia pamięci nie są objawem wiodącym, tak jak w chorobie *Alzheimerera*, mogą wystąpić późno, a ich nasilenie może być niewielkie. Na plan pierwszy mogą wysuwać się inne objawy, takie jak zaburzenia funkcji wykonawczych i zaburzenia zachowania w otępieniu czołowo-skroniowym, czy zaburzenia funkcji wykonawczych i spowolnienie w naczyniopochodnym otępieniu podkorowym. Duża zmienność nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych i obecność, nietypowych dla innych rodzajów otępień, zaburzeń świadomości jest charakterystyczna dla otępienia z ciałkami *Lewy'ego*.

W obu kryteriach diagnostycznych warunkiem koniecznym dla rozpoznania otępienia jest istnienie znaczących zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym, a nawet (ICD-10) w codziennych aktywnościach życiowych, takich jak jedzenie, mycie i ubieranie się. Należy jednak zaznaczyć, że w wielu wczesnych przypadkach otępienia, w których jego rozpoznanie nie budzi wątpliwości, chorzy nie mają widocznych trudności w wymienionych wyżej codziennych aktywnościach życiowych, a nawet mogą nadal pełnić określone role życiowe i wykonywać określone czynności zawodowe.

#### PODSUMOWANIE

Analiza czynników ryzyka różnych form demencji zdecydowanie wskazuje na wiek jako czynnik dominujący, co pozwala przewidywać wzrost rozpowszechnienia wraz ze starzeniem się społeczeństw. Przewiduje, że liczba osób z otępieniem, wzrośnie w roku 2025, w porównaniu z rokiem 1980, od kilkudziesięciu do kilkuset procent [8]. Zachorowalność na AD podwaja się mniej więcej w okresach, co 5 lat u osób pomiędzy 65 a 85 rokiem życia. W późniejszych wiekowych grupach stratyfikacyjnych ilość przypadków AD zmniejsza się na korzyść otępienia naczyniopochodnego [8] Powyższe wyniki potwierdzają także trendy zauważone w naszym badaniu, notowane w badanej populacji zjawiska takie jak istotne

rozpowszechnienie demencji naczyniopochodnej czy mieszanej, a także częstsze występowanie demencji u kobiet [2, 7]. Wydaje się, że analiza wyselekcjonowanej w tym badaniu populacji pozwoli na uzyskanie cennych informacji dotyczących czynników ryzyka, a tym samym prewencji demencji w danych warunkach epidemiologicznych.

### Podziękowanie

Autorzy dziękują wszystkim lekarzom rodzinnym za pomoc i zainteresowanie badaniem, a szczególnie:

1. dr Chudziak Krystyna - NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego, Zamość;
2. dr Piątek Elżbieta - NZOZ „SPIROMED”, Zamość;
3. dr Kępa Anna, Anna Winiarska – Pożerowszczyk, Jolanta Mantyka Lipnicka, Adam Patyra - NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego „Eskulap”, Lublin;
4. dr Nieznańska Izabela, Anna Dzioba - NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego „Życie”, Lublin;
5. dr Korzeniowska Anna – NZOZ, Krynice;
6. dr Orzechowski Tadeusz, Małgorzata Orzechowska, Jakub Łukomski - NZOZ Ośrodek Zdrowia w Tłuszcju;
7. dr Sawa Ireneusz – NZOZ, Łopiennik;
8. dr Czuryżkiewicz Wojciech Jakub - NZOZ „Zdrowie”, Chełm;
9. dr Goliszek Renata - NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego „PANACEUM” S.C. Karczmiska;
10. dr Bentkowska-Dyś Urszula – NZOZ, Frampol;
11. dr Kłopotowska Maria – SPZOZ, Janowiec.

K. Gustaw, I. Woźnica, J. Bylina

### PREVALENCE OF DEMENTIA SYNDROMES - INCLUDING ALZHEIMER'S DISEASE - AMONG THE POPULATION OF THE LUBLIN REGION

#### S u m m a r y

The results presented in the study were obtained after completion of the BERCAL Project (Epidemiological Study of Prevalence of Alzheimer's Disease in the Lublin Region) conducted during the period 2004-2006 by the Laboratory for Diagnostics and Therapy of Neurodegenerative Diseases at the Institute of Agricultural Medicine in Lublin. The objective of the study was determination of the prevalence of dementia syndromes among the population of the Lublin Region, with particular consideration of the rural inhabitants. The population for the study was qualified by the representative method. Representative population groups aged over 55 were selected at random. At the first stage of qualification 1,153 patients were selected for screening in 20 centres. As many as 1,040 people were examined (90.2%). A detailed diagnostic process applied at the second stage of the study allowed a precise diagnosis for patients selected in screening, and calculation of the prevalence of dementia syndromes in the course of individual nosologic units. In the presented study, the prevalence of the most frequent forms of dementia was evaluated in the following cases:

1. Alzheimer's disease (AD) – 1634.6/100 000 inhabitants,
2. Vascular dementia (VaD) – 961.5/100 000 inhabitants,
3. Mixed dementia (MIX) – 1730.0/100 000 inhabitants.

Е. Густав, И. Возница, Ю. Былина

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА  
СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЛЮБЛИНСКОГО ВОЕВОДСТВА

Аннотация

Представленные в работе результаты получены после окончания проекта ЭИРБАЛ (Эпидемиологическое Исследование Распространения Болезни Альцгеймера в Люблинском Воеводстве), проведенного в 2004 - 2006 годах в лаборатории диагностики и терапии невродегенерационных болезней в Институте Медицины Села в Люблине. Целью работы было определение распространения деменции среди жителей Люблинского воеводства с особым учетом сельских жителей.

Исследование в аспекте отбора велось методом репрезентативной выборки населения. Выбрано репрезентативные группы населения среди лиц старше 55 лет. В первом этапе селекции выделили для мониторинга 1153 пациента в 20 центрах. Исследовано 1040 человек (90,2%). Подробный диагностический процесс, примененный во втором этапе исследований, позволил установить точный диагноз пациентов, которые выделены во время мониторинга и произвести расчет распространения синдрома деменции в течении конкретных нозологических единиц. Распространение самых частых форм деменции оценено в этом исследовании в ситуации:

1. болезни Альцхаймера (AD) - 1634,6/100 000 населения;
2. деменции сосудистого генеза (VaD) - 961,5/100 000 населения;
3. смешанной деменции (MIX) - 1730,0/100 000 населения.

Е. Густав, І. Возніца, Ю. Біліна

ПОШИРЕННЯ ДЕМЕНЦІЇ, У ТОМУ ЧИСЛІ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА СЕРЕД  
НАСЕЛЕННЯ ЛЮБЛІНСЬКОГО ВОЄВОДСТВА

Анотація

Представлені у роботі результати отримано після закінчення проекту ЕДПХАЛ (Епідеміологічне Дослідження Поширення Хвороби Альцгеймера в Люблінському Воєводстві), проведеного в 2004 - 2006 роках в лабораторії діагностики і терапії невродегенеративних хвороб в Інституті Медицини Села в Любліні. Метою роботи було визначення поширення деменції серед жителів Люблінського воєводства з особливим обліком сільських жителів.

Дослідження в аспекті відбору велось методом репрезентативної вибірки населення. Вибрано репрезентативні групи населення серед осіб старше 55 років. У першому етапі селекції виділили 1153 пацієнти для моніторингу в 20 центрах. Досліджено 1040 чоловік (90,2%). Детальний діагностичний процес, застосований в другому етапі досліджень, дозволив встановити точний діагноз пацієнтів, які були виділені під час моніторингу і розрахувати поширення синдрому деменції в ході конкретних нозологічних одиниць. Поширення найчастіших видів деменції оцінене в цьому дослідженні в ситуації:

1. хвороби Альцхаймера (AD) - 1634,6/100 000 населення;
2. деменції судинного генезу (VAD) - 961,5/100 000 населення;
3. змішаній деменції (MIX) - 1730,0/100 000 населення.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatrie Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, wyd. IV. American Psychiatrie Association, Washington 1994.
2. Bidzan LB, Turczyński J, Szabert K: Prevalence of dementia in a rural population. Psychiatr Pol. 2007, 41(2), 181-8.

3. Corey-Bloom J, Galasko D, Hofstetter CR, Jackson JE, Thal LJ: Clinical features distinguishing large cohorts with possible AD, probable AD, and mixed dementia. *J Am Geriatr Soc.* 1993, 41(1), 31-7.

4. Folstein MF, Folstein SE, McHugh P: "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12, 189-198.

5. Förstl H, Burns A, Levy R, Cairns N.: Neuropathological basis for drawing disability (constructional apraxia) in Alzheimer's disease. *Psychol Med.* 1993, 23 (3), 623-9.

6. Haschinski VC, Iliff LD, Zilhka E, Du Boulay GH, McAllister VL, Marshall J, Russell RW, Symon L.: Cerebral blood flow in dementia. *Archives of Neurology* 1975, 32, 632-637.

7. Hofman A, Rocca W, Brayne C: The prevalence of dementia in Europe. A collaborative study of 1980-90 findings. *International Journal of Epidemiology* 1991, 20, 736-748.

8. Jorm AF., Korten AE, Jacomb PA: Projected increases in the number of dementia cases for 29 developed countries: application of a new method for making projections. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78(4), 493-500.

9. Kurita A, Blass JP, Nolan KA, Black RS, Thaler HT.: Relationship between cognitive status and behavioral symptoms in Alzheimer's disease and mixed dementia. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41(7), 732-6.

10. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson DW, Hansen LA, Salmon DP, Lowe J, Mirril SS, Byrn EJ, Lennox G, Quinn NP, Edwardson JA, Ince PG, Bergeron C, Burns A, Miller BL, Lovestone S, Collerton D, Jansen EN, Ballard C, de Vos RA, Wilcock GK, Jellinger KA, Perry RH.: Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47, 1113-1124.

11. Moorhouse P, Rockwood K: Vascular cognitive impairment: current concepts and clinical developments. *Lancet Neurol.* 2008 Mar;7(3), 246-55. Morris J: Clinical Dementia Rating. *Neurology*, 1993, 43, 2412-2414.

12. Mungas D, Marshall S, Weldon M, Haan M, Reed B: Age and education correction of Mini Mental State Examination for English and Spanish speaking elderly. *Neurology*, 1996, 46, 700-706.

13. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, Freedman M, Kertesz A, Robert PH, Albert M, Boone K, Miller ML, Cummings J, Benson DF.: Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998, 51, 1546-1554.

14. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdey JC, Garcia JH, Amaducci L, Orgogozo JM, Bron A, Hofman A, Moody DM, O'Brien MD, Yamaguchi T, Grafman J, Drayer BP, Bennett DA, Fisher M, Ogata J, Kokmen E, Bermejo F, Wolf PA, Gorelick PB, Blich KL, Pajeau AK, Bell MA, DeCarli C, Culbras A, Korczyn AD, Bogousslavsku J, Harmann A, Scheinberg P.: Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993, 43, 250-260.

15. Reisberg B, Ferris SH, Kluger A, Franssen E, Wegiel J, de Leon MJ.: Mild cognitive impairment (MCI): a historical perspective. *Int Psychogeriatr.* 2008, 20 (1), 18-31.

16. Rossa G.: The prevalence of Alzheimer's type dementia and vascular dementia in the district of Swiebodzin. *Psychiatr Pol.* 1997;31 (1), 121-34.

17. Sunderland T, Hill J, Mellow A, Lawlor B, Gundershime J, Newhouse P, Grafman J: Clock Drawing in Alzheimer's Disease. A novel Measure of Dementia Severity. *Journal of American Geriatrics Society* 1989, 37, 725-729.

18. Welsh KA, Buners N, Mohs RC, Beekly BS, Edland S, Fillenbaum G, Heyman A: The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), *Neurology*, 1994, 44, 609-611.

19. World Health Organization: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja 10; Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10; Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, 1997 (tłumaczenie polskie).

Data otrzymania: 30.09.2008.

Adres Autorów: 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 2, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie.

## INFORMACJA

### ZAKŁADU HIGIENY I PARAZYTOLOGII ŚRODOWISKA

#### INSTYTUTU MEDYCYNY WSI w LUBLINIE

Zakład Higieny i Parazytologii Środowiska uprzejmie informuje, że prowadzi:

- odpłatną diagnostykę laboratoryjną (dla indywidualnych pacjentów i zakładów opieki zdrowotnej) w kierunku:

#### **BRUCELOZA:**

1. odczyn aglutynacji
2. odczyn koaglutynacji
3. odczyn wiązania dopełniacza
4. odczyn aglutynacji z 2-merkaptetanolem

- odpłatne badania biologiczne i chemiczne (dla potrzeb oczyszczalni ścieków, MPWi-ów, zakładów produkcji zwierzęcej, zakładów drobiarskich oraz producentów i importerów nawozów):

#### GLEBY

#### ŚCIEKÓW

#### OSADÓW ŚCIEKOWYCH

#### NAWOZÓW ORGANICZNYCH

#### NAWOZÓW ORGANICZNO-MINERALNYCH

#### **Badania biologiczne obejmują:**

- wykrywanie bakterii Salmonella
- badania w kierunku ogólnej i fekalnej grupy Coli
- badania w kierunku bakterii beztlenowych – Clostridium spp.
- wykrywanie jaja pasożytów jelitowych (Ascaris spp., Trichuris spp., Toxocara spp.)

#### **Badania chemiczne dotyczą wykrywania metali ciężkich:**

- kadmu
- miedzi
- cynku
- niklu
- chromu
- ołowiu

Jednocześnie oświadczamy, że zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 18.06.2008 (Dz. U. nr 119 poz. 765), w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o nawozach i nawożeniu Zakład Higieny i Parazytologii Środowiska IMW w Lublinie jest upoważniony do wydawania opinii w zakresie oddziaływania nawozów organicznych i organiczno-mineralnych na zdrowie ludzi.