

VYRESNIŲ PACIENTŲ, PIRMĄ KARTĄ BESIKREIPIANČIŲ Į ATMINTIES SUTRIKIMŲ KABINETĄ, KOGNITYVINIŲ FUNKCIJŲ SUTRIKIMŲ YPATUMAI

Gabrielė Legotaitė¹, Jurgita Knašienė^{2,3}, Gytė Damulevičienė²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Vidaus ligų klinika,

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Geriatrijos klinika,

³Kauno kolegijos Medicinos fakulteto Slaugos katedra

Raktažodžiai: kognityvinių funkcijų sutrikimai, atminties sutrikimai, lengvas kognityvinis sutrikimas, demencija.

Santrauka

Įvadas. Pastaraisiais dešimtmečiais Lietuvoje nustatoma vis daugiau demencijos atvejų. Senstanti populiacija ir kraujagysliniai rizikos veiksniai gali būti susiję su šia tendencija, tačiau tikslus Alzheimerio ligos (AL) ir kraujagyslinės demencijos (KD) paplitimas tarp vyresnių pacientų nėra žinomas.

Tyrimo tikslas. Įvertinti vyresnių pacientų, pirmą kartą besikreipiančių į Atminties sutrikimų kabinetą, kognityvinių funkcijų sutrikimų (KFS) ypatumus bei nustatyti sąsajas tarp KFS ir rizikos veiksnių, gretutinių ligų.

Tyrimo metodika. Atliktas populiacinis retrospektyvinis kohortinis tyrimas, naudojant ambulatorinių kortelių duomenis. Į tyrimą įtraukti 60 m. ir vyresnio amžiaus 202 pacientai, kurie 2015 metais pirmą kartą kreipėsi į Atminties sutrikimų kabinetą, esantį VšĮ Kauno klinikinės ligoninės I konsultacinėje poliklinikoje. Duomenų analizei naudota Microsoft Excel 2010 ir SPSS 22.0 programos. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha=0,05$. Kintamųjų skirtumai lyginant kelias tiriamųjų grupes ar ryšys tarp kintamųjų laikomi statistiškai reikšmingais, kai $p<\alpha$ ($p<0,05$). Duomenų analizėje naudoti chi-kvadratu, Student'o t kriterijai, dispersinė analizė Anova, Spearman'o ir Kendall tau-b koreliacijos koeficientai, aprašomoji statistika.

Tyrimo rezultatai. Išanalizuoti 202 pacientų (≥ 60 m. amžiaus) ambulatorinių kortelių duomenys. 82,7 proc. pacientų ($n=167$) buvo nustatyti KFS: 81,4 proc. ($n=136$) demencija, 18,6 proc. ($n=31$) lengvas

kognityvinis sutrikimas (LKS). Demencijų pasiskirstymas pagal sunkumo formą: sunki 15,4 proc., vidutinio sunkumo 72,1 proc., lengva 12,5 proc. Dažniausiai nustatyta KD - 41,9 proc. (subkortikinė 64,9 proc. atvejų), antra pagal dažnį - mišri demencija, kuri diagnozuota 34,6 proc. atvejų, trečia - demencija sergant Alzheimerio liga, 15,4 proc. LKS sutrikimas buvo susijęs su menkesniu išsilavinimu ($p<0,001$), išemine širdies liga (IŠL) ($p=0,030$), hipertenzija ($p=0,001$). Demencija buvo susijusi su vyresniu amžiumi ($p=0,001$) ir menkesniu išsilavinimu ($p<0,001$). KD buvo susijusi su smegenų infarktais ($p<0,001$), IŠL ($p=0,001$), hipertenzija ($p=0,01$), lėtine išemine lakūnarine būkle ($p<0,001$), šlapimo nelaikymu ($p<0,001$) ir griuvimais ($p=0,001$). Mišri demencija buvo susijusi su IŠL ($p=0,026$), hipertenzija ($p=0,007$), šlapimo nelaikymu ($p<0,001$).

Išvados. Tarp pirmą kartą besikreipiančių pacientų į Atminties sutrikimų kabinetą KFS paplitimas siekė 82,7 proc. o dažniausiai nustatyta KD. Aukštas KD ir mišrios demencijos paplitimas buvo susijęs su kraujagysliniais rizikos veiksniais: smegenų infarktais, IŠL, hipertenzija, lėtine išemine lakūnarine būkle. Ankstyvos bendruomeninės intervencijos, kontroliuojant kraujagyslinius rizikos veiksnius, atliekant atrankines kognityvinių sutrikimų patikras bei nukreipiant pacientus į specializuotus Atminties sutrikimų kabinetus turėtų tapti prioritetu KFS prevencijai pagyvenusių žmonių populiacijoje.

Įvadas

Senėjanti populiacija, ilgėjanti gyvenimo trukmė lemia, jog daugėja žmonių, kuriems nustatomi kognityvinių (pažinimo) funkcijų sutrikimai (KFS). Sunkiausia KFS išraiška

– demencija, kurios dažniausios priežastys yra Alzheimerio liga (AL) bei smegenų kraujagyslių patologija [1, 2].

Lengvas kognityvinis sutrikimas priklauso būklei tarp normalaus senėjimo ir demencijos. Jo paplitimas ambulatorinėje grandyje gali siekti apie 15,4 - 31,4 proc. [3, 4]. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose buvo atliktas tyrimas, kuriame išanalizuoti 2003 – 2009 metais diagnozuoti LKS atvejai, didžioji jų dalis buvo nustatyta 65 – 85 m amžiaus pacientams [5]. Vertinant kelių metų duomenis, stebėta tendencija, kad kasmet nustatoma vis daugiau LKS atvejų, o pacientų amžius jaunėja. LKS konversija į demenciją nustatoma 14,46 proc. – 47,37 proc. stebimų pacientų [6, 7]. Mokslinių tyrimų duomenimis, nustatyti LKS rizikos faktoriai - moteriška lytis, vyresnis amžius, žemesnis išsilavinimas, hipertenzija, miokardo infarktas (MI), smegenų infarktas, širdies nepakankamumas, cukrinis diabetas (CD), dislipidemija, rūkymas, alkoholio vartojimas, depresija ir kiti [7, 8].

Įvairių tyrimų duomenimis, demencijos paplitimas skiriasi. 65 m. ir vyresnio amžiaus populiacijoje jis gali siekti apie 6,4 - 8,2 proc. [2, 11]. Nustatyta, kad dažniausia demencijos priežastis yra Alzheimerio liga, rečiau būna kraujagyslinė, mišri demencijos [2, 11, 12]. Jaunesniems nei 65 m. amžiaus amenims rečiau būna demencija sergant Alzheimerio liga nei 65 m. ir vyresniems, atitinkamai 34 proc. ir 54 proc. [2]. Demencijos atsiradimas yra susijęs su vyresniu amžiumi, hipertenzija, depresija, šeimine demencijos anamneze, žemu išsilavinimu, galvos smegenų trauma [11]. Kraujagyslinėms demencijoms priskiriamos demencijos, sąlygotos galvos smegenų kraujagyslių ligų. Bendroje populiacijoje ji gali sudaryti apie 1,6 proc., o tarp visų demencijų – 16 - 20 proc. [2, 13]. Įvairios pataloginės būklės, susijusios su kraujagyslių pažeidimu, gali turėti įtakos KD išsivystyti. Rizikos veiksniais priskiriama hipertenzija, cukrinis diabetas, dislipidemija, išeminė širdies liga [14]. Diagnozuojant kraujagyslinę demenciją labai svarbus anamnezėje buvęs galvos smegenų insultas, jo ryšys su KD atsiradimu [15]. Neretai nustatoma mišri demencija, ypač pagyvenusio amžiaus žmonėms. Jai būdingi dviejų dažniausiai nustatomų demencijų – Alzheimerio ligos ir kraujagyslinės demencijos - požymiai. Diagnostika sudėtinga, o paplitimas vertinant klinikopatologinius tyrimus yra labai įvairus ir gali būti 2 – 60 proc. Mažai žinoma ir apie specifinius rizikos veiksnius, dažniausiai nustatomi AL ir KD rizikos veiksniai [16].

Demencija – aktuali visuomenės sveikatos problema, kurią sprendžiant labai svarbi ankstyva diagnostika. Vis dėlto dažnai uždelsiama nustatant šią patologiją [9]. Amerikos gydytojų atliktoje literatūros apžvalgoje nurodytos priežastys, tikriausiai susijusios su nepakankamai gera de-

mencijos diagnostika pirminės sveikatos priežiūros (PSP) įstaigose. Vienas iš veiksnių – tai gydytojo patirties, žinių trūkumas, paciento skundų dėl KFS sumenkinimas, sutrikimų priskyrimas normaliam senėjimui, pacientas gyvena kaimo vietovėje, demencijos diagnozės baimė ir kiti veiksniai [10]. Demencijos tipo nustatymas yra svarbus dėl gydymo taktikos, ligos eigos bei prognozės. Laikotarpis, per kurį išryškėja simptomai, taip pat svarbus – Alzheimerio liga siejama su ne tokia aiškia pradžia, kaip KD. Demencijos diagnostikoje bei nustatant tipą svarbus vaidmuo tenka PSP įstaigoms [17]. 2004 metais atliktame tyrime buvo analizuojami 196 PSP gydytojų siuntimai dėl demencijos patikslinimo į Neurologijos polikliniką. Analizės metu nustatyti siuntimo ir galutinės diagnozių nesutapimai: patvirtinta tik 40,74 proc. preliminarių diagnozių. Iš nustatytų 131 AL sergančių pacientų 70 atsiųsta su šia diagnoze, iš 42 nustatytų kraujagyslinių demencijų – 6, o mažiausiai siunčiant įtarta mišrių demencijų, iš 11 patvirtintų įtarta tik viena. Iš šių duomenų matoma, jog iš 196 pacientų, kurie buvo atsiųsti dėl demencijos įtarimo, 66,84 proc. nustatyta demencija sergant AL, 21,43 proc. kraujagyslinė demencija ir 5,61 proc. mišri demencija [18].

Dažnai LKS ar netgi demencijos požymiai „nurašomi“ normalaus senėjimo išraiškai, pacientai nesikreipia į gydytoją, nėra tiriami, netiksliai nustatoma diagnozė [8]. Šios tendencijos stebimos ir Lietuvoje. Taip pat nėra aiškus demencijų paplitimas pagal tipus. Įtariant ir diagnozuojant KFS, svarbus paciento ir gydytojų bendradarbiavimas, demencijos rizikos veiksnių nustatymas, atrankinė kognityvinių funkcijų patikra ir ankstyvas nukreipimas į specializuotus Atminties sutrikimų kabinetus.

Darbo tikslas: įvertinti vyresnių pacientų, pirmą kartą besikreipiančių į Atminties sutrikimų kabinetą, kognityvinių funkcijų sutrikimų ypatumus bei nustatyti sąsajas tarp KFS ir rizikos faktorių, gretutinių ligų.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Į tyrimą įtraukti 202 pacientai, kurie 2015 metais pirmą kartą kreipėsi į Atminties sutrikimų kabinetą, esantį VšĮ Kauno klinikinės ligoninės I konsultacinėje poliklinikoje. Atrankos kriterijai: 60 m. ir vyresni pacientai, kurie kreipėsi į Atminties sutrikimų kabinetą dėl atminties sutrikimų pirmą kartą. Buvo renkami ir analizuojami duomenys iš ambulatorinių kortelių: amžius, lytis, išsilavinimas, gyvenamoji vieta, nusiskundimų trukmė, gretutinės ligos, MMSE testo balai, laboratorinių tyrimų duomenys, kaklo kraujagyslių UG ir galvos KT tyrimo duomenys.

Rezultatai skaičiuoti naudojant Microsoft Excel 2010 ir SPSS 22.0 programas. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha=0,05$. Kintamųjų skirtumai lyginant kelias ti-

riamųjų grupės ar ryšys tarp kintamųjų laikomi statistiškai reikšmingais, kai $p < \alpha$ ($p < 0,05$). Duomenų analizėje naudoti chi-kvadratu, Student'o t kriterijai, dispersinė analizė Anova, Spearman'o ir Kendall tau-b koreliacijos koeficientai, aprašomoji statistika.

Rezultatai ir jų aptarimas

Išanalizuoti 202 pacientų (≥ 60 m. amžiaus) ambulatorinių kortelių duomenys. Moterys sudarė 74,8 proc. ($N=151$), o vyrai – 24,2 proc. ($N=51$) visų tiriamųjų. Vidutinis pacientų amžius – $77,63 \pm 7,49$ m. Moterų amžiaus vidurkis $77,97 \pm 7,40$, vyrų – $76,63 \pm 7,81$ m. Tiriamuosius suskirsčius pagal amžiaus grupes, gauta, kad daugiausia kreipėsi 75 - 79 m. amžiaus pacientų (1 lentelė).

Kognityvinių funkcijų sutrikimų paplitimas ir charakteristikos. Iš 202 konsultuotų ir ištirtų pacientų 82,7 proc. ($N=167$) nustatyti kognityvinių funkcijų sutrikimai: 81,4 proc. ($N=136$) – demencija (amžiaus vidurkis $79,41 \pm 7,08$ m.), 18,6 proc. ($N=31$) - lengvas kognityvinis sutrikimas ($73,58 \pm 6,95$ m.). Kitiems 17,3 proc. ($N=35$) – KFS nenustatyta (amžiaus vidurkis $74,31 \pm 7,27$ m.). Atsižvelgiant į MMSE testo įvertinimus balais, demencijos skirstytos pagal sunkumo formą: sunki (0 – 10 balų), vidutinio sunkumo (11 – 20 balų), lengva (21 – 24 balai). Dažniausiai nustatyta vidutinio sunkumo forma – 72,1 proc. visų demencijų (2 lentelė).

Vertintos demencijų charakteristikos. Didžiausią dalį, 41,9 proc., sudarė pacientai, kuriems nustatyta kraujagyslinė demencija (KD) ($N=57$). Antra pagal dažnį - mišri demencija, kuri diagnozuota 34,6 proc. ($N=47$) atvejų, trečia – demencija sergant Alzheimerio liga, 15,4 proc. ($N=21$). 4,4 proc. ($N=6$) sudarė demencija, sergant kitomis ligomis, 2,2 proc. ($N=3$) - Parkinsono liga ir 1,5 proc. ($N=2$) - Piko liga.

Trys dažniausi nustatyti demencijų tipai – tai krauja-

1 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Amžiaus intervalai	60 – 64 m.	65 – 69 m.	70 – 74 m.	75 – 79 m.	80 – 84 m.	≥ 80 m.
N (proc.)	11 (5,4 proc.)	20 (9,9 proc.)	33 (16,3 proc.)	51 (25,2 proc.)	48 (23,8 proc.)	39 (19,3 proc.)

2 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal KFS ir amžiaus vidurkis

KFS	Sunkumo forma	N (proc.)	Amžius (vidurkis \pm st. nuokr.) (m.)
Demencija	Sunki	21 (15,4 proc.)	$80,89 \pm 7,49$
	Vidutinio sunkumo	98 (72,1 proc.)	$79,39 \pm 7,51$
	Lengva	17 (12,5 proc.)	$78,70 \pm 7,53$

gyslinė demencija, mišri demencija ir demencija sergant Alzheimerio liga. Iš visų tiriamųjų, kuriems diagnozuota demencija sergant AL, 95,2 proc. buvo vėlai prasidėjusi AL ($N=20$) (prasidėjusi po 65 m. amžiaus) ir tik vienam pacientui, 4,8 proc. – anksti prasidėjusi AL (prasidėjusi iki 65 m. amžiaus). Kraujagyslinės demencijos tipai ir paplitimas buvo šie: subkortikinė KD - 64,9 proc. ($N=37$), kita KD 21,1 proc. ($N=12$), mišri kortikinė ir subkortikinė KD 14,0 proc. ($N=8$). Pasiskirstymas pagal priežastis, lyginant su kitų šalių duomenimis, skiriasi. Daugelyje atliktų tyrimų nustatyta, kad dažniausia demencijos priežastis yra Alzheimerio liga, rečiau būna kraujagyslinė, mišri demencijos [2,11,12]. Kraujagyslinėms demencijoms priskiriamos demencijos, sąlygotos galvos smegenų kraujagyslių ligų. Bendroje populiacijoje ji gali sudaryti apie 1,6 proc., o tarp visų demencijų – 16 - 20 proc. [2,13]. Įvairios patologinės būklės, susijusios su kraujagyslių pažeidimu, turėti įtakos KD išsivystyti.

Kognityvinių funkcijų sutrikimai ir demografiniai rodikliai. Dispersinės analizės rezultatai atskleidė, kad yra statistiškai reikšmingas ryšys tarp diagnozės ir pacientų amžiaus ($p < 0,001$). Pacientai, kuriems diagnozuota demencija, yra statistiškai reikšmingai vyresni, nei tie, kuriems KFS nenustatyta ($p=0,001$) arba nustatytas LKS ($p < 0,001$). Pacientų be KFS ir su LKS amžius statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p=0,908$).

Pagal nusiskundimų trukmę metais pacientai suskirstyti į keturias grupes: 1 – nusiskundimai trunka mažiau nei 1 metus, 2 – nuo 1 iki 2 m., 3 – nuo 2 iki 3 m., 4 – 3 ir daugiau metų. 30 pacientų (19 moterų, 11 vyrų) duomenys nebuvo žinomi, todėl jie į analizę neįtraukti. Iš surinktų duomenų matoma, jog pacientai dažniausiai kreipėsi į Atminties sutrikimų kabinetą praėjus 3 arba daugiau metų nuo nusiskundimų pradžios (3 lentelė).

Rastas teigiamas silpnas ryšys – kuo anamnezėje ilgesnį laikotarpį trunka pacientų nusiskundimai, tuo dažniau nustatyta demencija ($p=0,002$). Tai parodo uždelstą ligos diagnostiką. Vėlyva KFS diagnostika bei gydymas yra aktuali problema daugelyje pasaulio šalių [9,10].

Nenustatyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp pacientų lyties ir nusiskundimų trukmės ($p=0,623$) – pirmą kartą į Atminties sutrikimų kabinetą vyrai ir moterys kreipėsi praėjus panašiam laikotarpiui nuo skundų pradžios.

Taip pat vertintas ryšys tarp pacientų nusiskundimų trukmės ir gyvenamosios vietos (miestas, miestelis, kaimas). Statistiškai reikšmingo ryšio nenustatyta ($p=0,750$). Negalime teigti, kad konkretaus tipo gyvenvietėje gyvenančių

3 lentelė. Pacientų pasiskirstymas pagal nusiskundimų trukmę

Lytis	Iki 1 m.	(1 – 2) m.	(2 – 3) m.	3 ir daugiau m.
Moterys	4 (3,0 proc.)	22 (16,7 proc.)	32 (24,2 proc.)	74 (56,1 proc.)
Vyrai	2 (5,0 proc.)	7 (17,5 proc.)	6 (15,0 proc.)	25 (62,5 proc.)
Visi	6 (3,5 proc.)	29 (16,9 proc.)	38 (22,1 proc.)	99 (57,5 proc.)

pacientų nusiskundimai trukmę ilgesnį laiką ir jie delstu kreiptis pagalbos į specialistus. Kitų autorių atliktuose darbuose nustatyta, jog toliau nuo gydymo įstaigų, kaimuose gyvenantys bei reikalingo transporto neturintys žmonės ilgiau nesikreipia į gydytojus [10].

Ieškota sąsajų tarp pacientų išsilavinimo ir kognityvinių funkcijų sutrikimų. Nustatytas statistiškai reikšmingas silpnas neigiamas ryšys tarp KFS ir išsilavinimo – demencija sergantiems pacientams būdingas žemesnis išsilavinimas ($p < 0,001$).

Kognityvinių funkcijų sutrikimai ir gretutinės būklės. Tiriama, ar pacientams su KFS būdingos tam tikros gretutinės patologijos, detaliau analizuoti 191 paciento sveikatos būklės duomenys (pacientų, kuriems nustatytas LKS, mišri demencija, demencija sergant Alzheimerio liga, kraujagyslinė demencija, taip pat kuriems KFS nenustatyti).

Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp tiriamųjų grupių ir anamnezėje buvusio galvos smegenų insulto ($p < 0,001$). Sergantiems kraujagysline demencija statistiškai reikšmingai dažniau buvęs galvos smegenų insultas nei likusioms pacientų grupėms: pacientams be KFS ($p = 0,013$), sergantiems LKS ($p = 0,029$), AL ($p = 0,001$), mišria demencija ($p = 0,001$).

Analizuojant kardiovaskulinių ligų ir kognityvinių funkcijų veiklos sutrikimų sąsajas, statistiškai prasmingas ryšys buvo su išemine širdies liga (IŠL) ($p = 0,003$) ir hipertenzine liga ($p = 0,009$). Pacientai su LKS statistiškai reikšmingai dažniau serga IŠL nei pacientai be KFS ($p = 0,030$). KD sergantiems pacientams ši liga diagnozuota statistiškai reikšmingai dažniau nei pacientams be KFS ($p = 0,001$) ir sergantiems demencija dėl AL ($p = 0,004$). Mišria demencija sergantiems IŠL dažnesnė nei pacientams be KFS ($p = 0,026$). Su visomis tiriamųjų grupėmis susijug si HL, išskyrus demenciją sergant AL: pacientai be KFS ($p = 0,007$), su LKS ($p = 0,001$), mišria demencija ($p = 0,007$), KD ($p = 0,01$). Nenustatyta statistiškai reikšmingo ryšio tarp tiriamųjų grupių ir miokardo infarkto ($p = 0,769$), širdies nepakankamumo ($p = 0,410$).

Rezultatų analizė rodo, kad nebuvo statistiškai reikšmingų sąsajų tarp kognityvinių funkcijų veiklos sutrikimų ir endokrininių ligų: cukrinio diabeto ($p = 0,754$), netoksinių mazginės strumos ($p = 0,505$), hipotirozės ($p = 0,858$).

Statistiškai reikšmingas ryšys yra tarp KFS ir šlapimo

nelaikymo ($p < 0,001$). Poriniai palyginimai tarp skirtingų diagnozių tiriamųjų grupių atskleidė, kad sergantys KD statistiškai reikšmingai dažniau nelaiko šlapimo nei pacientai be KFS ($p < 0,001$) ar turintys lengvą kognityvinį sutrikimą ($p = 0,001$).

Asmenys, sergantys mišria demencija, statistiškai reikšmingai dažniau nelaiko šlapimo nei tiriamieji be KFS ($p < 0,001$) ar turintys LKS $p = 0,014$). Sergantys AL dažniau nelaiko šlapimo nei pacientai be KFS ($p < 0,007$). Nėra statistiškai reikšmingo ryšio tarp pacientams nustatyto KFS ir inkstų funkcijos nepakankamumo ($p = 0,792$).

Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp KFS ir griuvimų ($p = 0,001$). Poriniai palyginimai tarp skirtingų diagnozių grupių atskleidė, kad pacientams, kuriems diagnozuota KD, statistiškai reikšmingai dažniau būdingi griuvimai nei asmenims be KFS ($p = 0,001$), su LKS ($p = 0,002$) ar demencija sergant AL ($p = 0,008$). Griuvimai yra siejami su kraujagyslinės demencijos diagnoze. Anamnezėje buvusios galvos traumos neturėjo sąsajų su KFS ($p = 0,328$).

Ieškant sąsajų tarp įvairaus sunkumo KFS ir kitų psichiatrinė ligų, statistiškai reikšmingas ryšys su organine depresija ($p = 0,083$) nenustatytas. Taip pat nebuvo sąsajų su įvairiomis onkologinėmis ligomis ($p = 0,203$), anemijomis ($p = 0,403$), dislipidemijomis ($p = 0,092$).

Atliktoje galvos smegenų KT nustatyti seni išeminiai lakūniniai pakitimai sietini su kognityvinių funkcijų sutrikimais ($p < 0,001$). Sergantiems kraujagysline demencija statistiškai reikšmingai dažniau nustatyti seni išeminiai lakūniniai pakitimai galvos smegenų KT nei pacientams su mišria demencija ($p < 0,001$) ar demencija sergant AL ($p < 0,001$).

Išvados

1. Tarp pirmą kartą besikreipiančių pacientų į Atminties sutrikimų kabinetą KFS paplitimas siekė 82,7 proc. o dažniausiai nustatyta KD.

2. Didelis KD ir mišrios demencijos paplitimas buvo susijęs su kraujagysliniais rizikos veiksniais: smegenų infarktais, IŠL, hipertenzija, lėtine išemine lakūnine būkle.

3. Ankstyvos bendruomeninės intervencijos, kontroliuojant kraujagyslinius rizikos veiksnius, atliekant atrankines kognityvinių sutrikimų patikras bei nukreipiant pacientus į specializuotus Atminties sutrikimų kabinetus turėtų tapti prioritetu KFS prevencijai pagyvenusių žmonių populiacijoje.

Literatūra

1. Damulevičienė G, Lesauskaitė V, Knasiene J, Macijauskiene J. Use of technologies in maintaining autonomy of frail older

- persons. *Medicina (Kaunas)*. 2010; 46 (1):35-42.
2. Van der Flier WM, Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005 Dec; 76(5): v2-v7.
<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2005.082867>
 3. Luck T, Riedel-Heller SG, Kaduszkiewicz H, Bickel H, Jessen F, Pentzek M. et al. Mild cognitive impairment in general practice: age-specific prevalence and correlate results from the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 24(4):307-16.
<http://dx.doi.org/10.1159/000108099>
 4. Juncos-Rabadán O, Pereiro AX, Facal D, Lojo C, Caama-o JA, Sueiro J. et al. Prevalence and correlates of mild cognitive impairment in adults aged over 50 years with subjective cognitive complaints in primary care centers. *Geriatr Gerontol Int* 2014 Jul;14(3):667-73.
<http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12157>
 5. Viesulaitė B., Kaubrys G., Audronytė E., Žalienė S. Lengvo kognityvinio sutrikimo diagnostika Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose 2003-2009 metais. *Neurologijos seminarai*, 2010; 14(46): 250-256.
 6. Staekenborg SS, Koedam EL, Henneman WJ, Stokman P, Barkhof F, Scheltens P, van der Flier WM. Progression of mild cognitive impairment to dementia: contribution of cerebrovascular disease compared with medial temporal lobe atrophy. *Stroke* 2009 Apr; 40(4):1269-74.
<http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.531343>
 7. Keyimu K, Zhou XH, Miao HJ, Zou T. Mild cognitive impairment risk factor survey of the Xinjiang Uyghur and Han elderly. *Int J Clin Exp Med* 2015; 8(8):13891-13900.
 8. Lopez OL, Jagust WJ, Dulberg C, Becker JT, DeKosky ST, Fitzpatrick A. Risk factors for mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: part 2. *Arch Neurol*. 2003 Oct;60(10):1394-9.
<http://dx.doi.org/10.1001/archneur.60.10.1394>
 9. Luzny J, Holmerova I, Wija P, Ondrejka I. Dementia still diagnosed too late - Data from the Czech Republic. *Iran J Public Health* 2014 Oct; 43(10):1436-43.
 10. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009 Oct-Dec;23(4):306-14.
<http://dx.doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181a6bebc>
 11. Llibre Jde J, Fernández Y, Marcheco B, Contreras N, López AM, Otero M. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease in a Havana municipality: a community-based study among elderly residents. *Medic Rev* 2009 Apr; 11(2):29-35.
 12. Rizzi L, Rosset I, Roriz-Cruz M. Global epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. *Biomed Res Int* 2014; 2014:908915.
<http://dx.doi.org/10.1155/2014/908915>
 13. EL Cunningham, B McGuinness, B Herron, AP Passmore. Dementia. *Ulster Med J* 2015 May; 84(2): 79-87.
 14. Chandra M, Anand KS. Vascular disease burden in Indian subjects with vascular dementia. *Australas Med J* 2015 Jul 31;8(7):227-34.
<http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2015.2390>
 15. Pikūnienė I., Viršilas M., Gleiznienė R. Kraujagyslinė demencija. *Medicinos teorija ir praktika*, 2015; 21(41): 487-495.
<http://dx.doi.org/10.15591/mtp.2015.077>
 16. Zekry D, Gold G. Management of mixed dementia. *Drugs Aging*. 2010 Sep 1;27(9):715-28.
<http://dx.doi.org/10.2165/11538250-000000000-00000>
 17. Robinson L, Tang E, Taylor JP. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *BMJ*. 2015 Jun 16;350:h3029.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h3029>
 18. Kriščiūnaitė D., Pauža V., Mikalauskienė L. Demencijos diagnostika pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. *Kaunas, JMTK*;2004;
 19. Varela G, Varona L, Anderson K, Sansoni J. Alzheimer's care at home: a focus on caregivers strain. *Prof Inferm* 2011 Apr-Jun;64(2):113-7.

CHARACTERISTICS OF COGNITIVE DISORDERS OF THE OLDER PATIENTS VISITING THE MEMORY CLINIC FOR THE FIRST TIME

G. Legotaitė, J. Knašienė, G. Damulevičienė

Key words: cognitive disorders, mild cognitive impairment, dementia.

Summary

Introduction. The prevalence of dementia in Lithuania has risen dramatically in past decades. The ageing population and vascular risk factors may contribute to this rise. The proportions of Alzheimer's disease (ADD) and vascular dementia (VAD) in older population is not clear.

Aim. Our aim was to evaluate the characteristics of cognitive disorders of the older patients, visiting the Memory clinic for the first time and to identify the relationships between cognitive disorders and risk factors, comorbidities.

Methods. We used a population-based retrospective cohort study design and extracted data from Memory clinic database. The research involved 202 patients of 60 and over year-old, who visited the Memory clinic in I Consulting Clinic of Kaunas Clinical Hospital, in 2015 for the first time. The statistical analysis of the data was performed using the software SPSS 22.0. The selected statistical significance level was $\alpha=0,05$. The differences of variables, while comparing several groups of subjects, or relationships between variables were considered as statistically significant when $p<\alpha$ ($p<0,05$). Chi-square, Student t-test, analysis of variance Anova, Spearman and Kendall tau-b correlation coefficients, descriptive statistics were used in the data analysis.

Results: 202 patient's (≥ 60 year-old) data were analyzed. 82,7% of patient's ($n=167$) had cognitive disorders: 81,4% ($n=136$) dementia, 18,6% ($n=31$) mild cognitive impairment (MCI). De-

mentia, according to severity: severe 15,4%, moderate 72,1%, mild 12,5%. The most common was VAD – in 41,9% of cases (subcortical 64,9 %), mixed dementia - 34,6%, ADD - 15,4 %, other - 4,4%. MCI has relationship with lower education ($p<0,001$), ischaemic heart disease (IHD) ($p=0,030$), hypertension ($p=0,001$). Dementia is associated with older age ($p=0,001$) and lower education of the patients ($p<0,001$). VAD is associated with strokes ($p<0,001$), IHD ($p=0,001$), hypertension ($p=0,01$), ischemic lacunar state ($p<0,001$), urinary incontinence ($p=<0,001$) and falls ($p=0,001$). Mixed dementia has relationship with IHD ($p=0,026$), hypertension ($p=0,007$), urinary incontinence ($p<0,001$).

Conclusions. The prevalence of cognitive disorders among the older patients visiting the Memory clinic for the first time is

high (82,7%) and the most common was VAD. The high prevalence of VAD and mixed dementia is associated with vascular risk factors - strokes, IHD, hypertension, chronic ischemic lacunar state. Community based early interventions controlling vascular risk factors, cognitive function screening and patients referral to Memory clinics have a priority in prevention of cognitive disorders in older population.

Correspondence to: jurgaknasiene@gmail.com

Gauta 2016-09-05
