

SKĄD BIORĄ SIĘ ZABURZENIA POZNAWCZE?

Otępienia • encefalopatie i stany odwracalne • choroby somatyczne • zaburzenia psychiczne • przyczyny hormonalne i diabetologiczne

Pogorszenie pamięci nie zawsze oznacza otępienie.

Trudności z pamięcią, uwagą, orientacją, językiem lub planowaniem mogą wynikać z choroby mózgu, ale również z infekcji, odwodnienia, zaburzeń metabolicznych, leków, depresji, chorób tarczycy czy zaburzeń glikemii. Przed rozpoznaniem otępienia należy poszukiwać przyczyn możliwych do leczenia.

1. OTĘPIENIA I CHOROBY NEURODEGENERACYJNE

Otępienie to nabyte pogorszenie funkcji poznawczych wpływające na samodzielność. Zwykle rozwija się stopniowo.

- choroba Alzheimera – często dominują zaburzenia uczenia się i pamięci epizodycznej;
- naczyniowe zaburzenia poznawcze i otępienie naczyniowe – związane z udarami i chorobą naczyń mózgowych;
- otępienie z ciałami Lewy’ego – możliwe wahania poznawcze, omamy wzrokowe i parkinsonizm;
- otępienia czołowo-skroniowe – mogą rozpoczynać się zmianami zachowania, osobowości lub języka;
- choroba Parkinsona, PSP, CBS, choroba Huntingtona i inne choroby neurodegeneracyjne;
- otępienie mieszane – współistnienie więcej niż jednego mechanizmu, np. alzheimerowskiego i naczyniowego.

2. ENCEFALOPATIE I OSTRE STANY, KTÓRE MOGĄ USTĘPOWAĆ

Encefalopatia to szerokie określenie zaburzenia funkcjonowania mózgu spowodowanego innym procesem chorobowym. Wiele takich stanów może poprawić się po usunięciu przyczyny.

- majaczenie (delirium) – nagłe, zmienne zaburzenie uwagi, orientacji i świadomości;
- encefalopatia wątrobowa i mocznicowa;
- encefalopatia niedotlenieniowa – np. w ciężkiej niewydolności oddechowej lub po zatrzymaniu krążenia;
- encefalopatie metaboliczne i elektrolitowe – zaburzenia sodu, wapnia, magnezu, równowagi kwasowo-zasadowej i osmolalności;
- encefalopatia Wernickego – związana z niedoborem tiaminy (B1); wymaga pilnego leczenia;
- encefalopatie polekowe i toksyczne oraz encefalopatia nadciśnieniowa.

NAGŁA ZMIANA ≠ TYPOWE OTĘPIENIE.

Dezorientacja rozwijająca się w ciągu godzin lub dni wymaga pilnej oceny medycznej.

3. CHOROBY SOMATYCZNE

Stan całego organizmu wpływa na pracę mózgu. U osób starszych choroba pozornie niezwiązana z neurologią może wywołać znaczne pogorszenie poznawcze.

- infekcje – m.in. zapalenie płuc, zakażenia układu moczowego, sepsa;
- odwodnienie i niedożywienie;
- niewydolność nerek, wątroby, serca lub układu oddechowego;
- zaburzenia rytmu, niedociśnienie, hipoperfuzja i niedotlenienie;
- znaczna niedokrwistość;
- gorączka, silny ból, stan pooperacyjny i ciężka choroba ogólnoustrojowa;
- zatrzymanie moczu lub nasilone zaparcie – mogą współuczestniczyć w wywołaniu majaczenia u podatnej osoby.

4. PRZYZCZYNY HORMONALNE I ENDOKRYNOLOGICZNE

- niedoczynność tarczycy – spowolnienie, senność, obniżony nastrój i problemy poznawcze;
- nadczynność tarczycy – niepokój, bezsenność, pobudzenie i zaburzenia uwagi;
- niedoczynność nadnerczy, zaburzenia przysadki i inne zaburzenia hormonalne;
- zespół Cushinga – nadmiar glikokortykosteroidów może wpływać na nastrój i poznanie;
- nadczynność przytarczyc / hiperkalcemia – możliwe osłabienie, apatia, dezorientacja i zaburzenia poznawcze.

5. DIABETOLOGIA I ZABURZENIA GLIKEMII

Zarówno zbyt niski, jak i bardzo wysoki poziom glukozy może zaburzać pracę mózgu.

- hipoglikemia – dezorientacja, zaburzenia zachowania, senność, drgawki, a nawet utrata przytomności;
- znaczna hiperglikemia – odwodnienie i zaburzenia świadomości;
- hiperosmolarny stan hiperglikemiczny i kwasica ketonowa – stany nagłe;
- przewlekła cukrzyca – poprzez chorobę naczyń zwiększa ryzyko udaru i naczyniowych zaburzeń poznawczych.

6. CHOROBY I ZABURZENIA PSYCHICZNE

Problemy psychiczne mogą powodować rzeczywiste trudności poznawcze i nie powinny być automatycznie utożsamiane z otępieniem.

- depresja – spowolnienie, trudności z koncentracją, uczeniem się i pamięcią;
- zaburzenia lękowe – napięcie i zamartwianie utrudniają koncentrację i zapamiętywanie;
- ciężkie zaburzenia psychotyczne – mogą wpływać na uwagę, organizację działania i funkcje wykonawcze;
- zaburzenia snu – przewlekła bezsenność i fragmentacja snu pogarszają uwagę i pamięć;
- przewlekły stres, przeciążenie i żaloba – mogą przejściowo obniżyć sprawność poznawczą.

DEPRESJA I OTĘPIENIE MOGĄ WSPÓLISTNIEĆ. Utrzymywanie się problemów poznawczych po poprawie nastroju wymaga dalszej oceny.

7. LEKI, SUBSTANCJE I POLIPRAGMAZJA

U starszej osoby działanie leków może się zmieniać wraz z wiekiem oraz chorobami nerek i wątroby.

- leki o działaniu antycholinergicznym;
- benzodiazepiny i leki nasenne;
- opioidy i inne leki działające na ośrodkowy układ nerwowy;
- niektóre leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne i przeciwhistaminowe;
- alkohol, zatrucia i zespoły odstawienne;
- polipragmazja – jednoczesne stosowanie wielu leków zwiększa ryzyko działań niepożądanych i interakcji.

Nie odstawiaj samodzielnie leków. Podejrzanie polekowego pogorszenia powinno prowadzić do przeglądu farmakoterapii.

8. NIEDOBORY I ZABURZENIA ŻYWIENIOWE

- niedobór witaminy B12 – może powodować objawy neurologiczne i poznawcze;
- niedobór tiaminy (B1) – szczególnie ważny ze względu na ryzyko encefalopatii Wernickego;
- niedożywienie i odwodnienie – częste, możliwe do leczenia czynniki pogarszające funkcjonowanie osób starszych.

9. INNE NEUROLOGICZNE I STRUKTURALNE PRZYCZYNY

Nie każde organiczne zaburzenie poznawcze jest chorobą neurodegeneracyjną.

- udar niedokrwienny lub krwotoczny oraz TIA;
- krwiak podtwardówkowy, także po pozornie niewielkim urazie;
- wodogłowie normotensyjne – może łączyć zaburzenia chodu, poznania i kontroli oddawania moczu;
- guzy mózgu i inne zmiany wewnątrzczaszkowe;
- padaczka, stan ponapadowy i niedrgawkowy stan padaczkowy;
- zapalenie mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych i autoimmunologiczne choroby OUN;
- stwardnienie rozsiane i inne choroby neurologiczne.

10. CO WARTO SPRAWDZIĆ W DIAGNOSTYCE?

Zakres badań dobiera lekarz do obrazu klinicznego. Diagnostyka może obejmować:

- wywiad z pacjentem i osobą bliską oraz ocenę codziennej samodzielności;
- badanie neurologiczne i ocenę stanu psychicznego;
- przegląd leków, również preparatów bez recepty;
- ocenę słuchu i wzroku;
- badania laboratoryjne ukierunkowane m.in. na morfologię, elektrolity, glukozę, funkcję nerek i wątroby, TSH i witaminę B12 – zależnie od sytuacji;
- badania obrazowe mózgu, gdy są wskazane;
- ocenę neuropsychologiczną pomagającą określić profil i nasilenie zaburzeń.

11. KIEDY NIE CZEKAĆ NA PLANOWĄ KONSULTACJĘ?

- nagłe zaburzenia mowy, niedowład, asymetria twarzy lub nagłe zaburzenia widzenia;
- gwałtowna dezorientacja lub zaburzenie świadomości rozwijające się w ciągu godzin lub dni;
- drgawki, utrata przytomności lub trudność w wybudzeniu;
- bardzo niski lub bardzo wysoki poziom glukozy z zaburzeniami świadomości;
- gorączka z zaburzeniami świadomości, sztywnością karku lub ciężkim stanem ogólnym;
- nowe zaburzenia poznawcze po urazie głowy.

W NAGŁYM ZAGROŻENIU ZDROWIA LUB ŻYCIA → 112 / 999.

NAJWAŻNIEJSZA ZASADA

Nie zakładaj, że każde pogorszenie pamięci u starszej osoby jest „starością” albo otępieniem. Szczególnie nagle lub szybko narastająca zmiana wymaga poszukiwania przyczyny somatycznej, metabolicznej, neurologicznej, psychiatrycznej lub polekowej.

Materiał informacyjny. Nie służy do samodzielnego rozpoznawania choroby i nie zastępuje konsultacji lekarskiej ani diagnozy neuropsychologicznej. Opracowano na podstawie aktualnych zaleceń dotyczących diagnostyki otępienia i różnicowania odwracalnych przyczyn zaburzeń poznawczych. Stan: wrzesień 2026 r.