

Numer I (I)

BIULETYN

ŚLĄSKIEGO STOWARZYSZENIA ALZHEIMEROWSKIEGO



„Dzielmy się miłością”

Jan Paweł II

FOT. HENRYK PRZONDZIONO

BIULETYN WYDANY PRZY WSPÓŁDZIALE ŚRODKÓW Z URZĘDU MIASTA KATOWICE

KATOWICE 2006



Alois Alzheimer (ur. 14 czerwca 1864 w Marktbreit nad Menem, zm. 19 grudnia 1915 we Wrocławiu) - niemiecki psychiatra i neuropatolog. Jako pierwszy opisał objawy choroby zwanej dziś chorobą Alzheimera. W 1883 roku podjął studia medyczne w Berlinie, studiował także w Tybindze i Würzburgu, gdzie w 1888 r. zrobił doktorat. W 1889 roku podjął pracę w sanatorium psychiatrycznym we Frankfurcie. W listopadzie 1906 r. Alzheimer przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa Neuropsychiatrii Południowo-Zachodnich Niemiec przypadek 51-letniej kobiety, u której występowały zaburzenia pamięci wraz z zaburzeniami mowy, orientacji czaso-przestrzennej, napadami lęku. Nazwa choroba Alzheimera została oficjalnie nadana temu schorzeniu na kongresie lekarzy w Lozannie w 1967 r. Psychiatria zawdzięcza także A. Alzheimerowi klasyczny opis symptomatologii miażdżycy, otępienia starczego i jego odmian oraz delirium. W 1912 r. został szefem Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Wrocławskiego – z którym był związany do końca życia.

Szanowni Państwo.

Zakładając w ubiegłym roku Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie, chcieliśmy stopniowo rozszerzać zakres prowadzonych przez nas działań. Jednym z celów było wydanie biuletynu służącego edukacji, wymianie doświadczeń w szeroko rozumianym problemie zaburzeń otepiennych.

Tak powstał pierwszy numer naszego biuletynu, który ma ambicje służyć opiekunom, rodzinie i całemu otoczeniu chorego na chorobę Alzheimera. Chcieliśmy zachęcić Państwa – naszych czytelników do współpracy w przygotowaniu kolejnych numerów.

*Marek Walusiak
Redaktor Naczelny*

ZAMIERZENIA ŚLĄSKIEGO STOWARZYSZENIA ALZHEIMEROWSKIEGO

Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie z siedzibą w Katowicach założone zostało 15.07.2005 r.

Członkami stowarzyszenia są zarówno wybitni przedstawiciele medycyny jak i osoby nie związane zawodowo z medycyną lecz mające na co dzień kontakt z osobą chorą na Alzheimera.

Po załatwieniu spraw formalno-prawnych związanych z rejestracją Stowarzyszenia od 1.01.2006 r. przystąpiliśmy do realizacji naszych działań statutowych.

Celem naszego stowarzyszenia jest niesienie pomocy rodzinom dotkniętym chorobą Alzheimera oraz opiekunom osób chorych. Ponadto zadaniem stowarzyszenia jest organizowanie szkoleń i grup wsparcia dla opiekunów osób chorych.

Z obserwacji środowiska wynika, że chorzy z zespołami otępiennymi stwarzają problemy swoim najbliższym, którzy nie potrafią lub nie mogą objąć ich opieką.

Dlatego w najbliższym czasie nosimy się z zamiarem utworzenia **Domu Dziennego Pobytu** dla osób chorych na Alzheimera.

W wyniku przeprowadzonych rozmów z władzami miasta Katowice istnieje możliwość uzyskania od miasta budynku na rzecz stowarzyszenia z przeznaczeniem na Dom Dziennego Pobytu dla osób chorych.

Dom Dziennego Pobytu oferowałoby chorym oraz ich opiekunom m.in.:

- kompleksową opiekę związaną z całodziennym pobytom osób chorych,
- informacje o zapobieganiu powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia,
- terapię zajęciową i ruchową,
- organizację i prowadzenie szkoleń z zakresu chorób otępiennych ich rozpoznawania i leczenia oraz opieki nad chorymi,
- prowadzenie grup wsparcia dla opiekunów osób chorych,

- udzielanie porad prawnych,
- pomoc pielęgniarska w domu chorego.

Stowarzyszenie nawiązało ścisłą współpracę z Kliniką Neurologii Wieku Podeszłego przy Centralnym Szpitalu Klinicznym Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach-Ligocie.

Naszymi konsultantami są Pan prof. dr hab. Grzegorz Opala, oraz Pan dr n. med. Stanisław Ochudło.

Realizacja powyższych zadań wymaga zaangażowania szeregu osób w działalność charytatywną oraz pozyskiwanie środków finansowych.

Jednocześnie pragnę poinformować iż wszyscy założyciele jak i sympatycy stowarzyszenia działają jako wolontariusze.

Kazimierz Bigo - Prezes ŚSA

ŚLĄSKIE STOWARZYSZENIE ALZHEIMEROWSKIE
KATOWICE UL. MEDYKÓW 14
TEL 0695 821 095

E-mail: alzheimer@poczta.fm

Konto: ING Bank Śląski 28 1050 1214 1000 0023 0097 1815

Zarząd:

Prezes – Kazimierz Bigo

V-ce Prezes – Halina Jarczevska

Sekretarz – Stanisław Michałowski

Skarbnik – Marek Walusiak

Kolegium Redakcyjne: Zarząd

Redaktor Naczelny: Marek Walusiak

Skład i łamanie: Franciszek Kucharczak

Druk:

Nakład: 1000 egz.

Rozdawnictwo nieodpłatne



DAMIAN ZIMON
ARCYBISKUP METROPOLITA
KATOWICKI

Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie
ul. Medyków 14
40 – 752 KATOWICE

Zarządowi i członkom Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego
przesyłam słowa pozdrowień.

Niech Wasza posługa, której celem jest niesienie pomocy rodzinom oraz
opiekunom osób dotkniętych chorobą Alzheimera, poprzez organizowanie
szkoleń i grup wsparcia, rodzi i pomnaża nadzieję, której tak bardzo brakuje w
naszym świecie.

Na działalność Stowarzyszenia Wszystkim z serca błogosławię:
w Imię Ojca i Syna i Ducha Świętego Amen.

Szczęść Boże!


+ DAMIAN ZIMON

Katowice, dnia 9.11.2005 r.



KATEDRA I KLINIKA NEUROLOGII WIEKU PODESZLEGO
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny
ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA

Kierownik Katedry i Kliniki: Dr hab. n. med. Grzegorz Opala, Prof. nzw. ŚAM

Department of Neurology, Ageing, Degenerative and Cerebrovascular Diseases
Medical University of Silesia

Head of Department: Prof. Grzegorz Opala MD, PhD

40-752 Katowice-Ligota
ul. Medyków 14, tel. (032)2525-004, (032)789-46-01
fax: (032)204-61-64

neurowp@slam.katowice.pl

Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie Katowice

W związku z utworzeniem Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego składam wszystkim osobom zaangażowanym w Państwa działalność życzenia pomyślności i sukcesów w realizacji zadań organizacji.

Z wielkim zadowoleniem przyjąłem fakt powstania tak potrzebnej naszej społeczności organizacji. Prowadzone do tej pory od 8 lat alzheimerowskie grupy wsparcia w Katowicach i innych miastach Śląska oraz bieżąca działalność pracowników naszej Kliniki i innych jednostek służby zdrowia nie są w stanie w związku ze zwiększającą się liczbą osób dotkniętych chorobami otępiennymi zapewnić wystarczającej profesjonalnej pomocy, nie tylko osobom chorym, ale również ich najbliższym.

W związku z tym, że Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie jest pierwszą tego typu jednostką o zasięgu wojewódzkim z wielkim zaangażowaniem będziemy wspierać Państwa działalność na każdym z etapów realizacji zadań statutowych. Mamy nadzieję, że poprzez wspólną działalność przełamiemy bariery społeczne jakie do tej pory uniemożliwiają rosnącej liczbie osób w wieku podeszłym właściwe funkcjonowanie w naszym społeczeństwie.

Pomoc opiekunom i rodzinom chorych z chorobami otępiennymi może przyczynić się do zmniejszenia zapotrzebowania na całodobową opiekę w domach pomocy. Aktywizacja środowiska społecznego z otoczenia osób w wieku podeszłym daje szansę nie tylko na lepsze zrozumienie ich potrzeb ale również na godne współistnienie w społeczeństwie. Zacieranie barier jakie powstały w obecnym świecie pomiędzy alienowanym i marginalizowanym człowiekiem starym a resztą środowiska to podstawa poprawy jakości życia nie tylko obecnych osób w wieku podeszłym ale również nadzieja dla nas samych na przyszłość.

KIEROWNIK
Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Podeszłego
Grzegorz Opala
Dr hab. n. med. Grzegorz Opala
Prof. nzw. ŚAM



SENATOR
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KRYSTYNA BOCHENEK

Katowice, 02.10.2006

Szanowny Pan

Kazimierz Biło

Prezes Zarządu

Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego

Szanowny Panie Prezisie, Szanowni Państwo,

z dużą radością przyjąłem informację o zawiązaniu się Śląskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego i inicjatywie wydawania Biuletynu. Niezmiernie doceniam Państwa zaangażowanie w sprawy, które dotyczą setek tysięcy polskich rodzin. Wiemy przecież wszyscy, że choroba otępienia zmienia życie całej rodziny, a nie tylko osoby nią dotkniętej. Coraz więcej ludzi na całym świecie zapada na Alzheimera. Prognozuje się, że ze względu na starzenie się społeczeństw liczba ta do połowy XXI wieku potroi się. I dlatego, między innymi, tak cenne są Państwa wysiłki na rzecz poprawy komfortu życia ludzi, którzy doświadczają, jakie niesie skutki. Znam podobne problemy z własnych doświadczeń. Znam ból cierpienia z powodu nieuleczalnej choroby bliskiej osoby... Wiem, jak bezradna bywa chwilami rodzina.

Szanowni Państwo,

jestem pod wrażeniem wysiłku jaki wkładacie w ten projekt. Z pewnością napotkacie na swej drodze wiele jeszcze przeszkód. Wierzę jednak głęboko, że zapał i energia, która z Was emanuje pozwoli wspólnymi siłami je pokonać. Bezcenne będą tutaj wiedza i serce lekarzy, którzy Was na co dzień wspierają, z Panem Profesorem Grzegorzem Opalą i Panem Doktorem Stanisławem Ochudło na czele. Życzę Państwu z całego serca, aby powiodły się Wasze plany i zamierzenia związane choćby z dziennym domem opieki nad osobami chorującymi na Alzheimera. Obiecuję jednocześnie, w miarę moich skromnych możliwości, nieść Państwu wsparcie i pomoc.

Z uprzejmymi pozdrowieniami
Krystyna Bochenek



I WICEWOJEWODA ŚLĄSKI

Katowice, 20.10.2006

Pan
Kazimierz Bigo
Dyrektor
Śląskiego Stowarzyszenia
Alzheimerowskiego

Szanowny Panie Dyrektore

W związku z przypadającym niedawno Światowym Dniem Alzheimerera, chciałbym podziękować Panu i prowadzonemu przez Pana Stowarzyszeniu za działania na rzecz osób dotkniętych tą chorobą.

Z niepokojem dostrzegam wagę problemu. W Polsce z chorobą Alzheimerera żyje ponad 200 tys. osób, a szacuje się że za 20 lat liczba zwiększy się dwukrotnie. Już teraz w województwie śląskim w latach 2003-2005 odnotowano wzrost hospitalizacji, szczególnie wśród osób między 70 a 79 rokiem życia.

Z ogromnym szacunkiem odnoszę się do działalności Państwa stowarzyszenia. Życzę wytrwałości, sukcesów i satysfakcji z pomocy, którą na co dzień niesiecie swoim podopiecznym.

Z wyrazami szacunku

I WICEWOJEWODA

Arthur WARZOCHA



Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie

Miasto Katowice od wielu lat podejmuje współpracę z organizacjami pozarządowymi jako jeden z elementów budowy społeczeństwa obywatelskiego - jest to niezwykle ważny aspekt polityki społecznej Miasta.

Inicjatywy organizacji pozarządowych są odpowiedzią na zmieniające się warunki społeczne, ekonomiczne i zdrowotne.

Tak jest również w przypadku Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego, którego działalność jest skierowana na aktywne rozwiązywanie problemów osób starszych i ich rodzin, a zwłaszcza tych dotkniętych chorobą Alzheimera.

Działalność Stowarzyszenia jest wielokierunkowa i obejmuje współpracę z organizacjami i instytucjami zajmującymi się problematyką osób starszych. Ważnym elementem działalności stowarzyszenia jest prowadzenie akcji i kampanii informacyjnych skierowanych do całego społeczeństwa, które mają na celu zmianę postaw i zachowań w stosunku do osób starszych. To, jak opiekujemy się naszymi seniorami, świadczy o naszej kulturze i szacunku należnym osobom starszym.

Choroba Alzheimera jest poważnym problemem nie tylko zdrowotnym, ale również społecznym - jej skutki boleśnie odczuwają osoby z najbliższego otoczenia chorego - dlatego bardzo potrzebną działalnością Stowarzyszenia jest wspieranie rodziny chorego, w tym stworzenie możliwości wymiany doświadczeń związanych z opieką nad chorym.

Niezwykle cenię sobie współpracę ze Śląskim Stowarzyszeniem Alzheimerowskim. Działalność stowarzyszenia sprzyja integracji ludzi starszych w ich środowiskach, a pomoc ich rodzinom zmniejsza zapotrzebowanie na całodobową opiekę w domach pomocy.

Wyrażam nadzieję, że współpraca pomiędzy miastem Katowice a Śląskim Stowarzyszeniem Alzheimerowskim będzie kontynuowana w następnych latach, co niewątpliwie będzie miało korzystny wpływ na poprawę sytuacji zdrowotnej i społecznej chorych i ich rodzin.

Wiceprezydent
Miasta Katowice


Krystyna Biejna

CHOROBA ALZHEIMERA W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

NA PODSTAWIE DANYCH OŚRODKA ANALIZ I STATYSTYKI MEDYCZNEJ
ŚLĄSKIEGO CENTRUM ZDROWIA PUBLICZNEGO

Szacuje się, że w Polsce dotkniętych chorobą Alzheimera jest ponad 200 tysięcy ludzi, liczba ta za 20 lat ma wynosić ok. 400 tysięcy.

W większości przypadków choroba dotyczy osób starszych po 65 roku życia, chociaż jej wczesne stadium bywa rozpoznawane między 30-39 rokiem życia (pierwsza faza – specyficzne zaburzenia pamięci operacyjnej, polegające na trudności w zapamiętywaniu nowej informacji).

W naszym województwie najwięcej ludzi starszych tj. po 65 r.ż. mieszka w Katowicach, Częstochowie i Sosnowcu oraz powiatach: będzińskim, częstochowskim i włodzisławskim.

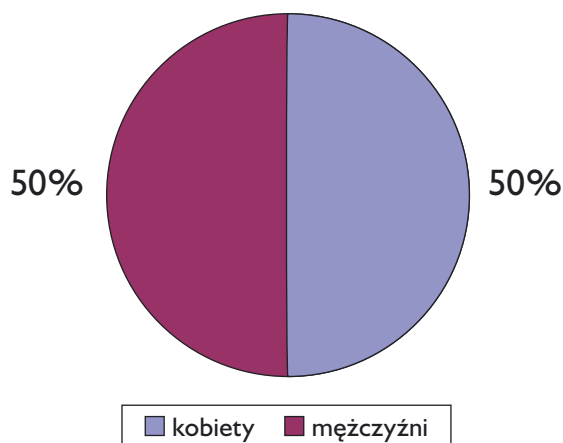
Chorych na ch. Alzheimera i inne choroby otępienie będzie w naszym województwie coraz więcej – ma to związek z zjawiskiem wydłużania się naszego życia i starzeniem się społeczeństwa. Oznacza to konieczność przygotowania się w zakresie świad-

czeń zdrowotnych jak i infrastruktury socjalnej.

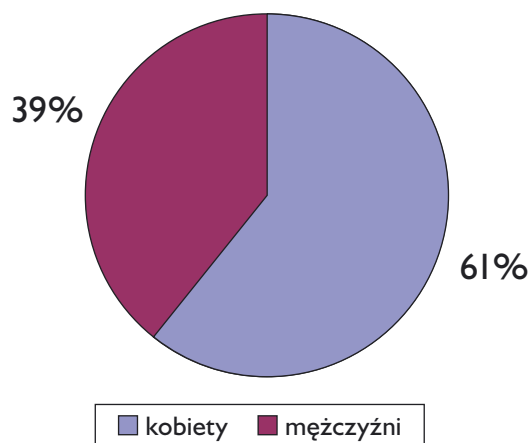
Choroba ta nie dotyczy tylko pacjenta, ale także jego rodziny, która musi być odpowiednio przygotowana do opieki, dlatego tak niezbędne jest powstanie na naszym terenie DZIENNEGO DOMU OPIEKI i placówki wsparcia dla rodzin osób chorych - o co zabiegają władze i sympatycy Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego.

STRUKTURA PŁCI I WIEKU MIESZKAŃCÓW WOJ. ŚLĄSKIEGO

0 – 64 lat



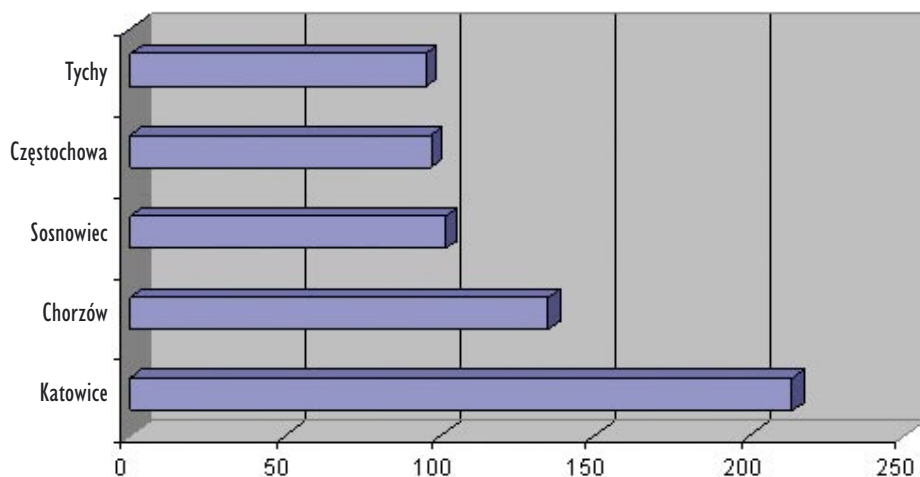
65 – 85 i więcej lat



Wzrasta liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby Alzheimera. W 2005 roku leczono w szpitalach naszego województwa 465 chorych, a liczba ta z pewnością wzrosła w 2006 roku.

Wśród pacjentów hospitalizowanych w szpitalach naszego województwa z powodu otępienia dominują rozpoznania otępienia typu alzheimerowskiego.

WYBRANE MIASTA O NAJWIĘKSZEJ LICZBIE PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH Z POWODU CHOROBY ALZHEIMERA W LATACH 2003-2005



Wśród hospitalizowanych najwięcej jest kobiet, a to dlatego, że ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem. Ponieważ kobiety żyją zwykle dłużej, więc stanowią też większość. Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego przygotowało diagnozę hospitalizacji chorych na ch. Alzheimera co jest wynikiem rozmów jakie przeprowadzili Prezes Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego – Kazimierz Bigo i dr n. med. Stanisław Ochudło – adiunkt Kliniki Neurologii Wieku Podeszłego ŚAM. Wskazano podczas tego spotkania na konieczność uruchomienia wojewódzkich placówek wsparcia dla osób dotkniętych chorobą Alzheimera i ich rodzin.

Marek Walusiak ŚSA



Dr n. med. Stanisław Ochudło

Katedra i Klinika Neurologii Wieku Podeszłego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
 SP Centralny Szpital Kliniczny ŚAM
 ul. Medyków 14, 40-752 Katowice

OTĘPIENIE – WAŻNY PROBLEM MEDYCZNY, SPOŁECZNY I EKONOMICZNY

Otępienie jest zespołem objawów uszkodzenia wyższych funkcji nerwowych. Określenie otępienia odnosi się do opisu zespołu objawów, które mogą występować w przebiegu różnych schorzeń. Otępienie jest zwykle przewlekłym i postępującym zespołem chorobowym, spowodowanym uszkodzeniem mózgu, w wyniku, którego dochodzi do utrzymujących się przez ponad 6 miesięcy zaburzeń różnych funkcji poznawczych: pamięci, abstrakcyjnego myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, funkcji językowych, zdolności oceny, porównywania i dokonywania wyborów. Otępienie stopniowo prowadzi do całkowitej utraty zdolności wykonywania pracy zawodowej, utrzymywania kontaktów towarzyskich i możliwości samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu domowym. Zakres wywołanych przez otępienie objawów powoduje, że chorobą dotknięty jest nie tylko pacjent, ale także wszyscy przebywający w najbliższym otoczeniu, a przede wszystkim najbliższy opiekun chorego.

Przyczyną otępienia jest choroba mózgu, najczęściej przewlekła i postępująca, która wywołuje uszkodzenie funkcji poznawczych, stanowiących istotę zaburzeń, jednak dla zespołu otępienia typowe są także zaburzenia zachowania i emocji. Dla rozpoznania otępienia konieczne jest stwierdzenie utrzymywania się w/w zaburzeń przez okres co najmniej 6 miesięcy oraz wykluczenie innych schorzeń mogących powodować zaburzenia poznawcze, a przede wszystkim depresji i zaburzeń świadomości.

Otępienie jest ważnym problemem społeczno-medycznym, dotyczy bowiem znacznej części społeczeństwa w wieku podeszłego i jest, ze względu na starzenie się społeczeństwa i przedłużanie średniej przeżycia, zjawiskiem nasilającym się. Badania epidemiologiczne wykazują, że wskaźnik zachorowalności otępienia wzrasta i podwaja się w kolejnych pięcioletnich przedziałach wiekowych powyżej 65. roku życia i wynosi odpowiednio 5% wszystkich osób w wieku 65-70 lat, 10% osób w wieku 71-75 lat, 20% osób w wieku 76-80 lat, ponad 40% wśród ludzi w wieku 81-85 lat i 50% w wieku 90 lat i więcej. Obecnie w Polsce ilość osób po 60 roku życia stanowi 18% populacji ludności naszego kraju, prognozy demograficzne przewidują, że w 2030 r. stanowić będzie 25% wszystkich Polaków, a w ciągu najbliższych 50 lat 5-krotnie wzrośnie liczebność najstarszej grupy ludzi powyżej 80 lat. Przeprowadzone badania wskazują, że obecnie w Polsce żyje 400.000 osób z otępieniem. Przenosząc te dane na teren Województwa Śląskiego obliczamy, że w naszym Województwie żyje ok. 50.000 osób dotkniętych otępieniem.

Problemy związane z opieką i leczeniem otępienia mają swój bardzo wymierny aspekt finansowy, w Polsce najlepiej poznany przez opiekunów, gdyż do tej pory nie zostały przeprowadzone badania oceniające koszty farmako-ekonomiczne i społeczne leczenia otępienia. Posiadane dane Amerykańskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego wskazują, że USA wydaje rocznie ok. 100 miliardów dolarów na chorych z chorobą Alzheimera, których w USA jest ok. 100 milionów. Choroba Alzheimera powoduje straty w amerykańskiej gospodarce obliczane na ok. 61 miliardów

dolarów, w tym 36,5 miliardów dolarów stanowią koszty opieki nad chorymi spowodowane absencją opiekunów w pracy. Tak więc, w przeliczeniu na jednego chorego w Stanach Zjednoczonych wydaje się rocznie ok. 25 000 dolarów. Liczby te pokazują, jak ogromnym problemem społeczno-medycznym jest otępienie.

Ze względu na wywołującą przyczynę wyróżnia się otępienie pierwotne i objawowe, inny podział wyróżnia otępienia nieodwracalne i odwracalne np.: krwaki okołomózgowe, guz mózgu, niedobór witaminy B12, niedoczynność tarczycy, wodogłowie normotensyjne i inne.

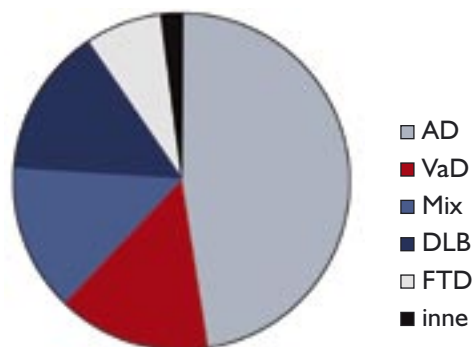
Tabela 1. Schorzenia przebiegające z otępieniem.

- choroby neurozwyrodnieniowe
- choroby naczyniowe OUN
- choroby organiczne i urazy OUN
- choroby psychiczne
- schorzenia ogólnoustrojowe
- zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej
- zaburzenia metabolizmu
- zaburzenia funkcji narządów mięsnych
- schorzenia endokrynologiczne
- schorzenia hematologiczne
- zespoły niedoborowe
- przyczyny jatrogenne – polekowe
- choroby nowotworowe
- choroby układowe
- choroby układu krążenia
- zapalenia

Najczęstszymi schorzeniami pierwotnie mózgowymi przebiegającymi z otępieniem są: choroba Alzheimera (Alzheimer's disease – AD), otępienie naczyniopochodne (vascular dementia – VaD), otępienie mieszane (Mix), otępienie z ciałami Lewy'ego (dementia with Lewy bodies – DLB), otępienie w przebiegu choroby Parkinsona (dementia with Parkinson's disease – DPD), otępienie czołowo-skroniowe (fronto-temporal dementia – FTD) [tabela 2.]..

Tabela 2. Schorzenia neurozwyrodnieniowe i naczyniowe wywołujące otępienie.

- choroba Alzheimera 50%
- otępienie naczyniowe 15%
- otępienie mieszane 15%
- otępienie z ciałami Lewy'ego 10%
- otępienie czołowo-skroniowe 8%
- inne 2%



Choroba Alzheimera jest najczęściej występującą neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego wywołującą otępienie. Wśród różnych czynników ryzyka wystąpienia choroby Alzheimera najważniejszym jest wiek [tabela 3].

Tabela 3. Czynniki ryzyka wystąpienia choroby Alzheimera

wiek podeszły
 czynniki genetyczne (1,5 – 5%)
 mutacje genów APP
 Mutacje genów preseniliny 1 i 2
 apolipoproteina E
 urazy głowy
 samotność i brak kontaktów towarzyskich
 stopień wykształcenia
 czynniki ryzyka naczyniowego
 nadciśnienie tętnicze
 cukrzyca
 otyłość
 choroby serca
 migotanie przedsionków
 hormonalna terapia zastępcza
 NLPZ, antyoksydanty

Początek otępienia jest zazwyczaj podstępny i powolny, tak, iż często nie jest zauważany przez chorych oraz ich otoczenie. Pierwszy etap choroby stanowią tzw. łagodne zaburzenia poznawcze, które przejawiają się pod postacią skarg na zaburzenia pamięci i/lub innych funkcji poznawczych, potwierdzonych w obiektywnym badaniu, jednak w stopniu łagodnym nie pozwalającym na rozpoznanie otępienia, z zachowanym prawidłowym codziennym funkcjonowaniem. Obliczono, że ok. 15% osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi w ciągu 1 roku zachoruje na otępienie.

W praktyce wstępnego podejrzenia otępienia przydatne może być próba uzyskania odpowiedzi na osiem pytań, przedstawionych poniżej. Jeżeli stwierdzamy występowanie problemów z jednym z przytoczonych zadań, należy udać się po poradę do swojego lekarza rodzinnego [tabela 4].

Tabela 4. Osiem podstawowych pytań we wstępnej diagnostyce otępienia.

Czy pacjent powtarza pytania, opowieści lub stwierdzenia?
 Czy zapomina o terminach spotkań?
 Czy ma problemy z właściwym osądem sytuacji?
 Czy ma problemy z radzeniem sobie z rachunkami?
 Czy ma problemy z wyuczeniem się nowych umiejętności w gospodarstwie domowym?
 Czy ma problemy z prawidłowym określeniem aktualnej daty (miesiąc, rok)?
 Czy wykazuje mniejsze zainteresowanie dotychczasowym hobby?
 Czy problemy z pamięcią i/lub myśleniem są zauważalne przez otoczenie?

Otępienie w chorobie Alzheimera przebiega stopniowo, narastając w ciągu kilku lat. Opisano 7 etapów rozwoju choroby Alzheimera:

1. Etap bez zaburzeń poznawczych.

2. Etap: bardzo łagodne zaburzenia poznawcze:

- subiektywne skargi na zaburzenia pamięci: zapominanie, gdzie umieściło się dobrze znane rzeczy
- zapominanie nazw poprzednio dobrze znanych
- bez obiektywnych zaburzeń pamięci w badaniu klinicznym
- bez obiektywnie potwierdzonych trudności w pracy i w kontaktach społecznych

• niepokój chorego proporcjonalny do prezentowanych zaburzeń

3. Etap: łagodne zaburzenia poznawcze:

- chory może się zgubić podróżując do nieznanymi miejsc
- współpracownicy zauważają, że chory gorzej spełnia swoje zadania w pracy
- pojawiają się widoczne dla otoczenia problemy z dobieraniem słów i nazwisk
- trudność w zapamiętaniu nowych nazwisk
- trudności w zapamiętaniu przeczytanego rozdziału książki
- chory może zgubić lub odłożyć w niewłaściwym miejscu wartościowe przedmioty
- testy kliniczne wykazują zaburzenia pamięci i uwagi
- gorsze wypełnianie trudniejszych zadań zawodowych i społecznych
- obiektywne zaburzenia pamięci w badaniu klinicznym
- obiektywnie potwierdzone trudności w pracy i w kontaktach społecznych
- zaburzeniom towarzyszy łagodny lub umiarkowany niepokój chorego

4. Etap: umiarkowane zaburzenia poznawcze:

- chory przestaje orientować się w aktualnych wydarzeniach
- zaburzenia dotyczą pamięci z osobistej historii chorego
- zaburzenia koncentracji widoczne w czasie seryjnego odejmowania
- pogarsza się umiejętność podróżowania i możliwość zarządzania własnymi finansami
- często nie stwierdza się zaburzeń dotyczących:
 - orientacji co do czasu i osoby
 - rozpoznawania znanych choremu miejsc i twarzy
 - podróżowania do znanych miejsc
 - niemożność wykonania złożonych zadań
- wypieranie = podstawowy mechanizm obronny
- błędny afekt i ucieczka od wyzwań

5. Etap: średniogłębokie zaburzenia poznawcze:

- chory nie może żyć bez drugiej osoby
- chory nie może przypomnieć sobie nawet bardzo ważnych dla niego danych osobistych: adres, nr telefonu, znajomi
- zaburzenia w ocenie czasu i miejsca: daty, dnia tygodnia, pory roku
- trudności w odejmowaniu wspak od 40 po 4, od 20 po 2
- posiada wiedzę na temat wielu kluczowych faktów dotyczących jego i innych
- chory niezmiennie zna: swoje imię, imię małżonka i dzieci
- nie potrzebuje pomocy w:
 - myciu się
 - jedzeniu
- chory może mieć problem z właściwym doбором odzieży

6. Etap: głębokie zaburzenia poznawcze

- zapomina imię współmałżonka, od którego jest uzależniony
- brak rozeznania co do aktualnych wydarzeń i doświadczenia
- śladowa pamięć przeszłości
- brak wiedzy o otoczeniu i czasie
- może potrzebować pomocy w czynnościach codziennych np.. brak kontroli zwieraczy
- potrzebuje opieki w czasie podróży, ale niekiedy może sam podróżować do znanych miejsc
- rytm dobowy może być zaburzony
- chory prawie zawsze przypomina sobie własne imię

- odróżnia znane sobie osoby z otoczenia od nieznanych
- pojawiają się zaburzenia osobowości i emocjonalne: zachowania związane z urojeniami i omamami (TV, lustro)
- objawy lęku, pobudzenie, zachowania agresywne, apatia

7. Etap: bardzo głębokie zaburzenia poznawcze:

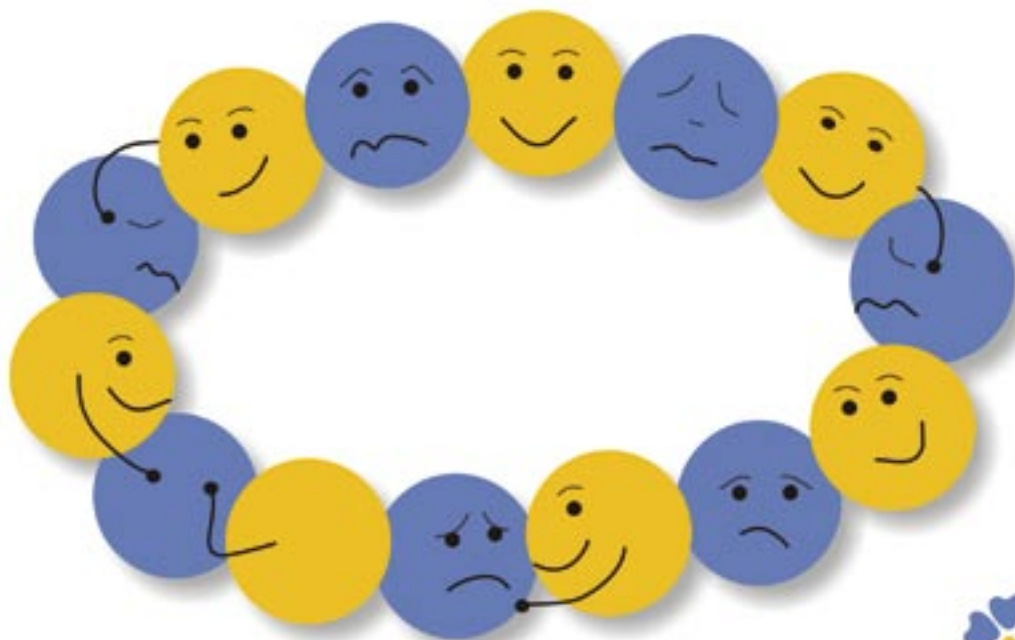
- zanikają wszystkie czynności werbalne:
- początkowo tylko proste zdania, pojedyncze słowa, o przybliżonym znaczeniu
- później tylko pojedyncze nieartykułowane dźwięki
- pełne nietrzymanie moczu
- niezbędna jest pomoc w myciu i karmieniu
- znikają możliwości ruchowe – chory przestaje chodzić
- całkowite rozprężenie możliwości wykonawczych mózgu
- objawy neurologiczne świadczące o uogólnionym uszkodzeniu kory mózgu

Największy ciężar opieki nad chorymi z otępieniem spa-

da na opiekunów, którymi najczęściej są członkowie najbliższej rodziny, zaś spośród nich są to współmałżonkowie, którzy, ze względu na wiek, często sami są osobami cierpiącymi na różne schorzenia, co powoduje powstanie szczególnych uciążliwości w sprawowaniu opieki. Pomocą dla opiekunów są organizacje alzheimerowskie, które działając na zasadzie wolontariatu, starają się nieść pomoc opiekunom poprzez porady udzielane drogą telefonu zaufania,

pomoc i wsparcie psychologiczne, pomoc prawną, organizowanie spotkań grup wsparcia i samopomocy, działalność edukacyjną, działalność wydawniczą (poradniki, ulotki, biuletyny), pomoc pielęgniarską w domu chorego leżącego, pomoc rzeczową (środki higieny, pielęgnacji i sprzęt rehabilitacyjny), medialne i uliczne kampanie informacyjno-edukacyjne, przesiewowe badania pamięci i dzienne domy opieki.

Podobne ambicje zgłasza niedawno powstałe Śląskie Stowarzyszenie



Rola grup wsparcia w opiece nad chorymi z chorobami otępiennymi



ALZHEIMEROWSKIE GRUPY WSPARCIA POMAGAJĄ ZROZUMIEĆ

Świat chorego na zapominanie

Choroba otępienna pojawia się w naszym życiu przeważnie nagle, niespodziewanie. I trudno nam uwierzyć, że dotyka właśnie bliskiej nam osoby, nas samych, czy kogoś z naszego otoczenia.

W Polsce choroba Alzheimera nadal rozpoznawana jest dopiero w zaawansowanym stadium. Zapewne w ciągu ostatnich 10 lat poprawiła się znacznie dostępność specjalistów, świadomość społeczna i wiedza ogólna o chorobie. Diagnoza jednak zawsze sieje lęk, przerażenie, wstyd

i strach nie tylko w rodzinie ale i u samego chorego, który świetnie siebie obserwuje i wie, że ciągle czegoś nie wie, wszystko jest inaczej i ciągle coś „gubi”.

Żyje w ciągłym przeświadczeniu, że to nie On, ale cały świat dookoła się zmienia. Zaczyna ukrywać swoją niepamięć. O „zagubione” przedmioty posądzają zawsze najbliższych: Oni ukradli... W domu narasta napięcie i mnożą się nieprzyjemne sytuacje. Pojawiają się konflikty i niedomówienia. U naszego Chorego na alzheimera narasta poczucie krzywdy i niezrozumienia wielu słów i sytuacji.

Wzrasta więc jego pobudzenie i zdenerwowanie. Traci pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa. Niejeden konflikt kończy się awanturą i płaczem. Nasz chory tymczasem w dalszym ciągu ukrywa to, że wiele już nie wie, bo to przecież ogromny wstyd. Oczywiście udaje się to... do czasu, kiedy poczyni już taką pomyłkę w swoim działaniu, że podejrzania otoczenia zamieniają się w pewność. Jest to już najczęściej drugie stadium choroby. Niewytłumaczalne jest upieczenie słodkiego ciasta i przyprowadzenie go wszystkimi domowymi przyprawami do mięsa lub ubieranie 3 spódnic jednocześnie albo ucieczka do „swojego domu” jeżeli w miejscu, w którym obecnie mieszka chory, przebywa on od 50 lat. Klucze wkłada do lodówki, a buty pod poduszkę. Po 40 latach małżeństwa mężczyźni wybuchają nieuzasadnioną zazdrością o każdego napotkanego męskiego przechodnia, który śmiało popatrzeć na jego żonę.

Tego typu przykładów można znajdować bez liku. Wiele z nich jest bardzo podobnych, a inne różni po prostu osobowość, temperament, tryb życia, przyzwyczajenia i środowisko, w którym żyje. Jedno jest pewne: choroba jest szalenie trudna dla samego chorego, ale tylko do momentu, kiedy zanika plastyczność mózgu, a więc porównywanie, myślenie abstrakcyjne i wiele innych operacji poznawczych jest niewykonalne. Zapomniał, że coś można chcieć. Opiekun ciągle widzi swojego bliskiego sprzed choroby i porównuje różne obrazy, mając nadzieję, że „to” się zmieni, a porządek i tryb życia prowadzić należy tak, jak kiedyś. Tymczasem chory ma swój świat, w którym recepta na porządek świata się zmieniła. Wypatroszona szafa z ubraniami, szmatki, wstążeczki lub torebka – to najważniejsze zajęcia. Nie chce się myć, bo przecież „wczoraj się myłam...” i nie chce rozbierać się do snu, bo „chcą mi zabrać, a to jest moje...”. Trzeba wiedzieć, że jestem na etapie „widzę – to mam, nie widzę – to nie mam”. Nie walcz ze mną, daj mi trochę swobody.

Zachorowałem na zapominanie

Świat chorego na zapominanie zmienia się, a wraz z tym zmienia się jego osobowość. O tym, jacy jesteśmy, decyduje między innymi ciągłość naszej pamięci. Ja jako trzy-, siedmio-, piętnasto-, 30-... -latek buduję obraz i modele postępowania na doświadczeniu i kontaktach z innymi, na wspomnieniach i stereotypach, wyniesionych z rodzinnego domu.

A kim jestem dziś? Nie poznaję swojego odbicia w lustrze, obce twarze – własne dzieci – kręcą się po domu, nie pamiętam przeczytanych książek, wyhaftowanych ściągów, przepisów kulinarnych, wycieczek w góry i nad morze, kiedy dzieci były małe. Nie pamiętam koleżanek i kolegów z ławki szkolnej, pierwszych randek, sukcesów zawodowych... Kim jestem?!

W mojej głowie panuje chaos. Czuje ciągle zagrożenie i lęk. Ciągłe mnie pytają, wiem, ale nie potrafię odpowiedzieć – uciekły słowa. Robie tyle złego, bo krzyczą i upominają mnie, a ja nic nie rozumiem. To Oni są zdenerwowani, a więc i ja też.

Ja wiem, że bardzo utrudniam życie moim najbliższym? Ale dlaczego to Oni ciągle się denerwują, podnoszą głos, są niezadowoleni, krzyczą..., a Ja się boję... Ciągłe, dużo i szybko do mnie mówią, ale czy to obcy język, że nic nie rozumiem? Może szwedzki...?

Tak to wszystko szybko się dzieje, że nie nadążam.

A gdzie jest mój dom? Ten, w którym jestem, to niezajoma przestrzeń obca. Gdzie jest mama, rodzeństwo?...

Z pamięci pozostały już tylko strzępy. Wspomnienia i pamięć zaczynają się w dzieciństwie. Świeżej pamięci nie ma. Dlatego dom to ten sprzed 60 lat, w którym krząta się mama. Do żony lub córki zwracam się, używając imion

z domu rodzinnego mojej młodości. Dla opiekuna – po 50 latach wspólnego zgodnego życia – to może być problem. Tym bardziej, że nasz chory ucieka do tego domu, stojąc pod drzwiami i kręci zamkami.

Chcę, czy muszę?

Degeneracja mózgu u każdego chorego ma swój indywidualny czas i tempo. Choroba Alzheimera to równia pochyła, każdy dzień dzisiejszy jest lepszy od następnego. Choruje cała rodzina. W większości przypadków – chory przebywa w domu, a opiekunem staje się żona, córka, synowa, mąż a czasem wnuki. Nie ma odpowiedzi na pytanie „Dlaczego ja mam się opiekować?”. Opiekun powinien dokonać wyboru: chcę się opiekować, czy muszę się opiekować?

Opieka pod przymusem to zła opieka i wtedy należy rozważyć inne warianty. Dla samego chorego – opiekun to najważniejsza osoba w życiu. To osoba, która pomaga pokonywać problemy dnia codziennego, najpierw te trudniejsze, a z czasem – wszystkie. Zaspokajają potrzeby psychiczne, emocjonalne, troszczy się o jego życie. Opiekun zapewnia poczucie bezpieczeństwa i dlatego chory stara się być jak najbliższy niego. Często chory chodzi krok w krok za opiekunem, pilnując, by odległość między nimi nie przekraczała pół metra. Chory staje się naszym cieniem nawet w łazience. Jak nas widzi – czuje się bezpiecznie, a kiedy traci nas z oczu – wali mu się cały świat. Kiedy już nie może chodzić i leży, jeszcze długo będzie poznawać opiekuna.

To przecież ten sam głos i intonacja, to ten sam dotyk i ciepło. Opiekun, troszcząc się o swojego chorego, zapomina zatroszczyć się o siebie samego. Nie chodzi tu o egoistyczne zachowanie, ale o zadbanie o własne siły i równowagę psychiczną, umożliwiającą dalszą trudną i wyczerpującą opiekę.

Głównym zadaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa naszemu podopiecznemu, czyli takie zorganizowanie domu i przestrzeni wokół niego, aby nie zrobił sobie krzywdy, nie spalił mieszkania, nie odkręcił gazu i nie opuścił domu bez wiedzy najbliższych.

Opieka nad chorym jest bardzo trudna, długa i droga. Należy się do niej przygotować, zaprzyjaźnić się z Panem Alzheimem i jego zwyczajami oraz zadbać o siebie. Tego wszystkiego można się dowiedzieć i nauczyć, uczestnicząc w spotkaniach alzheimerowskich grup wsparcia. W Katowicach spotkania takie odbywają się raz w miesiącu. Uczestniczą w nich opiekunowie z różnych miast województwa. Jedni przychodzą pierwszy raz, inni uczestniczą regularnie przez kilka kolejnych miesięcy, a inni przychodzą jeszcze po śmierci swojego podopiecznego.

Co po Alzheimerze?

Wiemy już, że choroba Alzheimera dotyka całą rodzinę, ale rzadko zdajemy sobie sprawę, że ta choroba nie ustępuje z chwilą śmierci chorego. Ale od tego momentu jest już uleczalna. Może dalej siać spustoszenie w rodzinie, ale może też być systematycznym wysiłkiem, dobrocią, wzajemnym przebaczeniem – przezwyciężona. Tego też trzeba się nauczyć. I post-alzheimerowskie grupy wsparcia niosą tu swą nieocenioną pomoc.

Wszystkich łączy sprawowanie opieki nad chorym z otępieniem. Przychodzą tutaj, aby zobaczyć innych, którzy mają takie same lub podobne problemy w domu, aby dowiedzieć się jak najwięcej o chorobie, aby usłyszeć o innych przypadkach w bardziej zaawansowanej fazie i przygotować się na to, co nadejdzie. Wymiana informacji, wsparcie psychiczne i zrozumienie zachowań podopiecznego pomaga w dalszej opiece. Nie jestem sam; inni mają podobne problemy. Wiedza pozwala nabrać dystansu do

choroby, przygotować siebie i rodzinę do kolejnych etapów choroby oraz rozwiązać wiele problemów życia codziennego, bo inni już to rozwiązali. Ci, którzy szukają współczucia i litości nad sobą – nie znajdują jej. Otrzymują pełną akceptację grupy, zrozumienie siebie i

swojej sytuacji. Zostaną uważnie wysłuchani. Dzielenie się swoimi intymnymi przeżyciami z innymi opiekunami wymaga wsparcia, otwartości i akceptacji w grupie, a wysłuchanie drugiego człowieka – to zaspokojenie jego najważniejszych potrzeb ludzkich.

Halina Jarczewska /ŚSA/

PYTANIA-ODPOWIEDZI

1. Gdzie można poddać się badaniom celem zdiagnozowania i leczenia choroby Alzheimera

Odpowiedź:

Należy uzyskać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu do Kliniki Neurologii Wieku Podeszłego ŚAM w Katowicach – Ligocie ul. Medyków 14

Zarejestrować się w Pododdziale Jednodniowej Diagnostyki i Leczenia w/w Kliniki.



2. Gdzie i kiedy mają swoje spotkania grupy wsparcia opiekunów chorych na chorobę Alzheimera?

Odpowiedź:

Spotkania odbywają się w każdy drugi poniedziałek każdego miesiąca, o godz. 16.00 w Domu Pomocy Społecznej przy ul. Głogowskiej 23.

3. Czy istnieje telefon zaufania ŚSA?

Odpowiedź:

Tak istnieje – nr tel: 0663-343-278

4. Czy i gdzie istnieją domy dziennego pobytu oraz całonocne domy opieki nad chorymi na Alzheimera?

Odpowiedź:

W następnym numerze naszego biuletynu umieścimy adresy w/w placówek.

BUDYNEK OBIECANY PRZEZ WŁADZE KATOWIC NA POTRZEBY NASZEGO STOWARZYSZENIA

Na zdjęciach poniżej przedstawiamy budynek byłego przedszkola w Katowicach – obiecany nam przez władze miasta Katowice który przeznaczymy na Dom Dziennego Pobytu i Punkt Konsultacyjny dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera i ich opiekunów.



PRACOWNICY MEDYCZNI A PACJENT Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA

„Jeśli w świadomości lekarza (czy innej osoby należącej do personelu medycznego) nie będzie adekwatnego odzwierciedlenia wymagań, jakie mu stawia prawo, wówczas powstaje nie tylko zagrożenie ponoszenia przezeń prawnych konsekwencji zrealizowania niewłaściwego działania, ale wysoce prawdopodobne jest, że negatywne tego skutki dotkną pacjenta. Ponadto osoba, podejmująca interwencję medyczną, nie mając jasności co do tego, jakie są stawiane jej przez prawo wymagania, na skutek wątpliwości z tym związanych może zachowywać się asekurancko, co po wielokroć oznacza niekorzyść pacjenta”.

Teresa Dukiel-Nagórska

Nie bez powodu swoją wypowiedź rozpoczęłam właśnie w ten sposób. Temat, do którego postaram się przybliżyć, jest niezwykle trudny. Ujmuje w sobie nie tylko wiedzę medyczną, szeroko rozumianą, ale i aspekty etyki zawodowej poszczególnych korporacji zawodowych. To także temat, w którym regulacje prawne i ich prawidłowe zastosowanie odgrywa istotną rolę. Wciąż jeszcze, mimo upływu lat i ogromnego postępu w medycynie, niezliczonej ilości przeprowadzonych badań i obserwacji, choroba Alzheimera pozostaje nie do końca zbadana i rozpoznana. W niektórych obszarach pozostaje zagadką, z uwagi na indywidualność osoby, której dotyczy i nie daje się jednoznacznie opisać.

Każdy człowiek, niezależnie od płci, wykształcenia, osobowych cech charakterologicznych i wyznawanej religii, jest indywidualnością ubogaconą sobie tylko znanym, niepowtarzalnym wnętrzem. W związku z tym każdy człowiek, którego dotyczy choroba Alzheimera, zmienia się w sposób indywidualny.

Pociąga to za sobą (niejeden raz) konsekwencje w postaci nieprawidłowej lub zbyt późno postawionej diagnozy lekarskiej, a w ślad za tym – błędnej lub źle postawionej diagnozy pielęgniarskiej. Każdorazowo w takiej sytuacji traci chory, gdyż jest niewłaściwie leczony i nieprawidłowo pielęgnowany. W ślad za tym najbliższe otoczenie chorego, mając nieprawidłowe informacje na temat choroby osoby najbliższej i kochanej, staje się nieświadomie obiektem narastającej agresji ze strony chorego. Stara się coś wyjaśnić nie wiedząc, że wyjaśnienia już nie są prawidłowo odbierane przez chorego. Bywa, że argumentacja obu stron (osoby zdrowej i osoby chorej) przemienia się w bezcelowy potok słów, który może trwać nieprzerwanie nawet przez kilka godzin! Wszystko to rodzi się z braku dostatecznej ilości prawidłowej i rzetelnej wiedzy, braku zrozumienia i akceptacji oraz braku możliwości uzyskania fachowego, merytorycznego wsparcia.

Człowiek, u progu trzeciego tysiąclecia, rozwinięty intelektualnie, dotykający (za sprawą wiedzy, którą posiada) gwiazd i zagląający do najbardziej skomplikowanej części organizmu ludzkiego, boi się tego, co niezrozumiałe i nie dające się do końca zbadać. Współczesny człowiek boi się chorób (w tym także choroby Alzheimera), boi się bólu, cierpienia i umierania. Boi się rodzącego się w takich sytuacjach lęku, niepewności, odrzucenia i samotności. Boi się, gdyż jest świadomy tego, że w trudnej życiowo chwili nie zawsze znajdzie potrzebne zrozumienie i kogoś, kto wyciągnie do niego pomocną dłoń.

CHOROBA ALZHEIMERA należy do tej grupy chorób, których ludzie obawiają się najbardziej. Wynika to z wielu powodów. W ogólnodostępnej literaturze, przy podawaniu definicji i opisie objawów, przeczytać możemy, że jest to choroba mózgu, powodująca utratę pamięci, choroba wyniszczająca z towarzyszącym jej charakterystycznym otępieniem.

Sam fakt, iż choroba dotyczy mózgu, kojarzonego z ośrod-

kiem rozumu, inteligencji, wrażliwości i duchowości, powoduje, że u wielu osób pojawia się przedwczesny niepokój. W chwili ustalenia diagnozy opiekunowie pytają: czy sobie z tym problemem poradzę, jak będę postrzegać dotychczas zdrową – teraz chorą – moją kochaną osobę, kto mi pomoże? Członkowie dalszej rodziny (niemieszkający z chorym) bardzo często reagują bezradnością i zagubieniem słysząc, że ich krewny ma chorobę mózgu. Nie posiadając odpowiedniej wiedzy, unikają kontaktów z chorym, wyznając szczerze: bo nie wiem jak mam się zachować.

Choroby mózgu (wszystkie) z samej definicji nakazują ludziom, którzy nie znają istoty schorzenia, zachowywanie ostrożności i dystansu. Choroba Alzheimera, połączona z utratą pamięci, z braku wiedzy i zrozumienia swej istoty – często bywa powodem zachowań asekuracyjnych ze strony wszystkich, którzy słyszą o tej „trudnej” chorobie. Dlatego bardzo wiele razy, zwłaszcza w pierwszym okresie choroby, zarówno chorzy, jak i ich najbliższe otoczenie, zostają sami ze swoim dramatem. Sami – za zamkniętymi drzwiami swoich mieszkań.

Ta wyjątkowa w swoim rodzaju choroba, jak podaje literatura fachowa, rozwija się powoli, podstępnie i często (z powodu podobnych objawów) rozpoznawana jest jako depresja. Chory – dzięki zachowanej plastyczności mózgu, przez wiele lat nadal funkcjonuje w pracy, w domu, w rodzinie, mimo iż czuje, że „coś się z nim dzieje”. Trzeba niezwykle wnikliwej obserwacji, trzeba ogromnej i ugruntowanej wiedzy lekarza, by minimalne (subtelne) różnice między depresją a chorobą Alzheimera wyodrębnić. Trzeba jeszcze niezwykle ostrożnego i rzeczowego w analizie psychologa, który poprzez wiedzę, uzyskaną od chorego w wyniku przeprowadzonych testów, wysupła to co potwierdzi diagnozę.

Umyślnie i z rozwagą użyłam słowa „wysupła”, gdyż to, co dla jednego psychologa jest proste, zrozumiałe i jednoznaczne, dla drugiego – jest podstawą do dalszych, jeszcze bardziej wnikliwych badań. Badań, które dotyczą całej osobowości ludzkiej, człowieczego wnętrza i możliwości intelektualnych. Badań jakże istotnych dla prawidłowej diagnostyki ludzi dotkniętych chorobą Alzheimera. Dla zobrazowania, w jak bardzo różnym kierunku może pójść diagnozowanie, posłużę się przykładami. Będą one stanowić swego rodzaju studium przypadków.

PRZYKŁAD PIERWSZY

Mężczyzna, który od kilku lat uskarżał się na problemy z pamięcią (czegoś zapomniał, coś zgubił, czegoś nie rozumiał gdy mówiło kilka osób – na przykład na zebraniach w pracy), został przyjęty do szpitala na oddział neurologiczny celem zdiagnozowania. U chorego wykonano wiele badań, wśród nich rezonans magnetyczny mózgu. Wynik był prawidłowy! Prawidłowy, mimo iż w podobnym badaniu wykonanym trzy lata wcześniej, opisywano niewielkie zmiany...

Psycholog, w ciągu kilku dni (dzień po dniu) zadawał badanemu wiele, tak samo lub bardzo podobnie brzmiących pytań. Wśród nich było pytanie: czy w ostatnim czasie schudł pan? Odpowiedź badanego brzmiała: tak. Nie wyjaśniono badanemu, co znaczy, w rozumieniu psychologa „w ostatnim czasie”. Badany odpowiedział to, co pamiętał. Prawda była następująca: chory rzeczywiście stracił na wadze – aż osiem kilogramów w ciągu całego roku. Bezpośrednim powodem spadku masy ciała u badanego była dieta cukrzycowa, zalecona przez lekarza diabetologa z racji wykrycia u niego cukrzycy typu drugiego. Psycholog nie posiadał tej wiedzy, ponieważ nie zapytał o

powód spadku wagi. Nie zapytał badanego, nie zapytał bliskich, którzy badanego odwiedzali. Diagnoza postawiona przez psychologa brzmiała: depresja. Diagnoza końcowa wystawiona przez lekarzy brzmiała: depresja. Zalecono leczenie, zapisano leki, chorego wypisano do domu. Po miesiącu kurację przerwano, gdyż chory czuł się coraz gorzej, mimo zapewnienia, że będzie lepiej. Rodzina chorego po raz kolejny szukała lekarza, który mógłby pomóc. Rok później rozpoznano u chorego zespół otępienny w przebiegu choroby Alzheimera. Czas pokazał, że rezonans magnetyczny (wykonany w szpitalu) został źle odczytany i nieprawidłowo opisany.

PRZYKŁAD DRUGI

Do lekarza neurologa, specjalizującego się w chorobach wieku podeszłego, przyszła kobieta, prosząc o pomoc w diagnozowaniu męża. Na twarzy kobiety można było zauważyć wielkie zatroskanie i determinację. W rękę trzymała teczkę, w której, starannie poukładane, leżały wyniki badań i szpitalne karty wypisowe. Była to cała (zgromadzona przez nią) dokumentacja dotychczasowego leczenia męża.

Kobieta, wyjmując po kolei wszystkie dokumenty, mówiła, co działo się z mężem kilka lat temu, a co dzieje się w chwili obecnej. Odpowiadała szczerze na zadawane przez lekarza pytania. Opisywała zdarzenia, sytuacje i chwile przepełnione emocjami. Wyznaczając datę badania męża, lekarz powiedział zmartwionej kobiecie, że jest bardzo dobrym obserwatorem, że dostarczyła bardzo wiele istotnych dla diagnozowania informacji.

Lekarska troska, umiejętność słuchania i komunikacji międzyludzkiej w relacjach z chorym i z jego opiekunem – to wyjątkowe cechy, dzięki którym chorzy (również ci z otępieniem) czują się bezpieczni, a opiekunowie mają pewność, że w każdej sytuacji otrzymają profesjonalną pomoc i cenne wskazówki. Uważam, że trzeba i należy rozpocząć, na bardzo szeroką skalę, akcję informacyjną i szkoleniową na temat starości, chorób otępiennych i różnych zachowań ludzkich, wynikających ze schorzeń geriatrycznych. To, co nie jest znane, wyzwala lęk.

CHOROBA ALZHEIMERA jest nieznaną.

CHOROBA ALZHEIMERA wyzwala lęk.

Spółczesność polskie starzeje się. Człowiek stary, chory, otępiaty, nie może być narażony na nieświadomie wyrządzaną mu krzywdę. Z powodu chorobowej niezaradności nikt nie może poniżyć godności osobistej chorego. Wszyscy (całe społeczeństwo) powinniśmy wiedzieć, że już teraz jest wśród nas grupa ludzi, która traci pamięć, która

o czymś zapomina, która może się zgubić we własnym mieście. Człowiek z chorobą Alzheimera jest dotknięty ogromem samotności, wypełniającej jego wnętrze. Takiego chorego nie można odtrącać, nie dostrzegać czy lekceważyć.

CZŁOWIEKA Z CHOROBAJĄ ALZHEIMERA NIE TRZEBA SIĘ BĄC!

Trzeba i należy okazywać mu troskę, zrozumienie i akceptację. Należy z nim być. Najbogatszym źródłem informacji o stanie zdrowia chorego jest jego opiekun. Z tej wiedzy powinni korzystać wszyscy, którym bliski jest los chorego, w tym także lekarze i pielęgniarki. Na zakończenie przytoczę „Błogosławieństwa upośledzonego” autorstwa Jacqueline de Decker. Niech będą powodem osobistej zadumy każdego, kto je przeczyta. Tego, kto jeszcze nie słyszał o chorobie Alzheimera, tego, kto opiekuje się chorym z tą chorobą, tego, kogo choroba już dotknęła i wyniszcza oraz tego, kto być może już jutro na nią zachoruje...

BŁOGOSŁAWIEŃSTWA UPOŚLEDZONEGO

Błogosławieni ci, którzy rozumieją, że jestem ludzką istotą i nie oczekuję ode mnie, żebym była święta, tylko dlatego, że jestem upośledzona.

Błogosławieni ci, którzy zabierają mnie samochodem tam, gdzie bardzo chciałabym iść, czasem nawet bez proślenia.

Błogosławieni ci, którzy rozumieją, że czasem jestem słaba, a nie tylko leniwa.

Błogosławieni ci, którzy zapominają o zniekształceniach mojego ciała i odkrywają kształt mojej duszy.

Błogosławieni ci, którzy widzą mnie jako całą osobę, jedyną i skończoną, a nie jako pół człowieka albo jakiś wybryk natury.

Błogosławieni ci, którzy kochają mnie taką, jaka jestem, nie starając się odgadnąć, jaką mogłabym być.

Błogosławieni niech będą moi przyjaciele, od których zależy, ponieważ to oni są radosną częścią mojego życia.

Hanna Paszko/SSA/

Pielęgniarka, przewodnicząca Komisji do spraw Etyki przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych

Literatura

1. Teresa Dukiel-Nagórska, O potrzebie nowelizacji prawa medycznego, Prawo i Medycyna 11, (vol. 4) 2002 r.
2. Guy Gilbert, Dealer miłości, Wydawnictwo Księży Marianów, Warszawa 2000 r.
3. Anna Panek, Zofia Szarota, Zrozumieć Starość, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000 r.

PORADNIKI DLA RODZIN ALZHEIMEROWSKICH



„SPOTKANIA MEDYCZNE KRYSYNY BOCHENEK”

Rozmowa z dr n. med. Stanisławem Ochudło – specjalistą neurologiem

Artykuł z „Dziennika Zachodniego” z dnia 4-5 listopad 2006

Krystyna Bochenek: Co to jest choroba Alzheimera? Dlaczego nazywa się ją otępienną?

■ **Dr Stanisław Ochudło:** Choroba Alzheimera to choroba neurodegeneracyjna charakteryzująca się zaburzeniami funkcji poznawczych, zwłaszcza pamięci, oraz innymi oraz innymi objawami np. zaburzeniami zachowania (apatia, pobudzenie), zaburzeniami osobowości i objawami psychiatrycznymi. Choroba Alzheimera jest jedną z wielu chorób, których głównym objawem jest otępienie.

KB: Chory jest otępiąły, jakby nieprzytomny. Czy można porównać objawy choroby Alzheimera z tym jak zachowuje się człowiek uderzony obuchem w głowę?

■ **SO:** Nie, nie można tak dosłownie porównać obu tych sytuacji klinicznych. Choroba Alzheimera i inne choroby przebiegające z otępieniem zazwyczaj rozwijają się w sposób bardzo powolny, początek schorzenia jest podstępny, zazwyczaj ma bardzo dyskretne objawy, niejednokrotnie nie są one zauważalne ani przez najbliższych z otoczenia chorego, ani przez niego samego. Choroba rozwija się w sposób stopniowy i powolny, dlatego to porównanie do uderzenia obuchem w głowę nie jest najszcześniejsze. Aczkolwiek w dalszym etapie rozwoju tej choroby, rzeczywistość pojawia się taki stan, że chory jest całkowicie zdezorientowany co do własnej osoby, miejsca i otaczającej rzeczywistości, nie wie, gdzie się znajduje i zachowuje się podobnie do osoby, która pod wpływem urazu głowy doznała zaburzeń świadomości z niepamięcią, tak jak to się dzieje we wstrząśnięciu mózgu.

KB: Zaznaczył pan doktor, że choroba rozwija się powoli i podstępnie. W jakim momencie osoby postronne mogą zauważyć pierwszej sygnały?

■ **SO:** Pierwszym sygnałem zauważanym przez samego chorego lub osoby z jego otoczenia są zaburzenia pamięci świeżej, czyli tych wydarzeń, które miały miejsce w ostatnim czasie. Często jest to gubienie drobnych rzeczy codziennego użytku, zapominanie, gdzie zostały odłożone

lub schowane, zapominanie treści ostatnio przeprowadzonych rozmów, zapominanie realizacji zaplanowanych zadań, nowo poznanych imion i nazwisk, nazwisk popularnych aktorów.

KB: Na ile jest to dalekie od roztargnienia? Zdarza się, że człowiek przepracowany, zestresowany też może mieć takie objawy? Czym różni się ten proces? Czy on się nasila?

■ **SO:** Wiodącym objawem otępienia jest nie tylko uszkodzona i źle pracująca pamięć, ale i zaburzenia innych funkcji poznawczych, takich jak koncentracja uwagi, mowa, orientacja, które prowadzą do powstania łatwo zauważalnych trudności w codziennym funkcjonowaniu osób dotkniętych procesem otępiennym. Trudności te wyrażone są w czynnościach dnia codziennego, zdolności do pracy zawodowej i kontaktach międzyludzkich. Więc jest to nie tylko drobne zapominanie i roztargnienie, ale coś co mówiąc najprościej, utrudnia lub, w zaawansowanym stadium choroby, uniemożliwia samodzielne życie.

KB: Proszę o przykład.

■ **SO:** Chory zaczyna mieć trudności w wykonywaniu pracy zawodowej, a dotąd ich nie miał, zapomina o ważnych spotkaniach lub sprawach do załatwienia. Problemy te są zauważane przez otoczenie. Jeżeli jest to praca umysłowa może to być np. trudność z napisaniem pisma. Osoby pracujące rzemieślniczo zapominają w jaki sposób wykonuje się daną czynność, którą do tej pory wykonywały bez zastanawiania się, to, co wcześniej robili sprawnie, niemal automatycznie, teraz jest dla nich problemem i w miarę rozwoju choroby stają bezradni wobec najprostszych zadań.

KB: Jakie są inne objawy otępienia?

■ **SO:** Poza zaburzeniami pamięci i powyżej opisaną apraksją, czyli nieumienością wykonywania wyuczonych czynności, pojawiają się zaburzenia innych funkcji poznawczych np.: koncentracja uwagi, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, zaburzenia rozumienia mowy, trudności w wypowiedaniu

myśli, w nazywaniu różnych przedmiotów, w czytaniu, pisaniu, także zaburzenia w melodyce mowy, która staje się jednostajna i monotonna.

KB: Na ile można mylić te objawy z przemęczeniem?

■ **SO:** Można je mylić nie tylko z przemęczeniem, ale również z depresją, stresem, lękiem, z nerwicą, jednak jeżeli problem utrzymuje się dłużej niż 6 miesięcy i powoduje kłopoty w kontaktach codziennych, towarzyszących, w domu i pracy należy podejrzewać otępienie.

KB: Czy osoba dotknięta otępieniem ma świadomość co się z nią dzieje?

■ **SO:** W początkowym okresie choroby Alzheimera chory ma wgląd w swoją sytuację, zdaje sobie sprawę, że zaczyna gorzej funkcjonować niż do tej pory. W innych typach otępień np. w otępieniu czołowo-skroniowym chory długo pozostaje w nieświadomości problemu. To rodzina, najbliżsi, przyjaciele zwracają uwagę choremu, że dzieje się coś złego.

KB: Czy on dopuszcza do siebie tę informację?

■ **SO:** W otępieniu czołowo-skroniowym chory zaprzecza takim informacjom, odsuwa od siebie podejrzenia o rozwój choroby. W chorobie Alzheimera zazwyczaj potwierdza istnienie zaburzeń.

KB: Otępienia kojarzą nam się z osobami w starszym wieku. W jakim wieku był pana najmłodszy pacjent?

■ **SO:** Najmłodszym chorym przyjętym do naszej kliniki z rozpoznaniem zespołu otępiennego była osoba 42-letnia.

KB: A najstarszy?

■ **SO:** Tu nie ma granicy. To schorzenie znacznie częściej występuje w późniejszym okresie życia. Często naszymi pacjentami są chorzy w wieku 80-90 lat.

KB: Czy można dożyć późnej starości, np. 90 lat, nie mając symptomów otępienia?

■ **SO:** Tak. Po 85 roku życia ok. 50% osób cierpi z powodu zaburzeń otę-

piennych, a druga połowa pozostaje zdrowa pod tym względem.

KB: Czy możemy się w ogóle ochronić przed chorobą Alzheimera? Stosować jakąś profilaktykę?

■ **SO:** Niestety, nie ma takiego sposobu, ale obserwujemy wiele osób w podeszłym wieku, powyżej 80. roku życia, które fantastycznie funkcjonują i to nie tylko mentalnie, ale i fizycznie. I odwrotnie wiele osób w znacznie młodszym wieku powyżej 60. roku życia wykazuje daleko idącą niesprawność w zakresie funkcji poznawczych, czyli rozwija się u nich zespół otępienny, któremu towarzyszy też pewna niezgrabność fizyczna.

KB: Czy Alzheimer to choroba dziedziczna?

■ **SO:** W bardzo małym odsetku. Od 1,5 do 5 proc. wszystkich chorych na chorobę Alzheimera to chorzy obciążeni genetycznie.

KB: Na ile nauki medyczne rozpoznały chorobę Alzheimera?

■ **SO:** Znamy mechanizmy, które rujną układ nerwowy, nie znamy przyczyn tego procesu oczywiście poza przypadkami genetycznego uwarunkowania.

KB: Jakie są to mechanizmy?

■ **SO:** Neurozwyrodnieniowe, a popularnym językiem mówiąc, można je określić jako te, które prowadzą do zaniku komórek nerwowych oraz synaps, czyli połączeń między komórkami nerwowymi.

KB: Czy choroba Alzheimera ma związek z stopniem wykształcenia, rozwojem intelektualnym?

■ **SO:** Tak, jakiś związek istnieje. Do końca nie wiemy jak go wytłumaczyć i na czym on polega. Natomiast badania epidemiologiczne wykazały, że osoby z wyższym stopniem wykształcenia rzadziej chorują na zespoły otępienne, w tym na chorobę Alzheimera.

KB: Kiedy choroba Alzheimera została nazwana i opisana?

■ **SO:** W tym roku obchodzimy setną rocznicę opisaną przez prof. Aloisa Alzheimera przypadku Augusty D., który dał początek badaniom nad otępieniem neurozwyrodnieniowym. Od opisu tego przypadku, kilka lat później choroba ta została nazwana chorobą Alzheimera.

KB: Jakiej narodowości był prof. Alzheimer?

■ **SO:** Profesor Alojzy Alzheimer był Niemcem. Przez kilka lat pracował

na Uniwersytecie Wrocławskim i w latach 1912-1914 prowadził Klinikę Neurologii we Wrocławiu.

KB: Czy choroba Alzheimera a otępienie to ta sama choroba? Nazw tych używamy wymiennie...

■ **SO:** Otępienie jest bardzo ogólnym pojęciem, w którym mieści się szereg różnych schorzeń, w tym m.in. choroba Alzheimera.

KB: Jak odróżnić chorobę Alzheimera od innego otępienia? Czy istnieje taki wyznacznik?

■ **SO:** Tak. Istnieją bardzo ściśle spreycyzowane kryteria diagnostyczne choroby Alzheimera i innych otępień neurozwyrodnieniowych oraz ściśle procedury postępowania diagnostycznego, które pozwalają odróżnić choroby neurozwyrodnieniowe od tych schorzeń przebiegających z otępieniem, które podlegają terapii i które są określane jako otępienia odwracalne.

KB: Czy obecnie ta choroba jest częściej diagnozowana, czy występuje częściej niż 20 lat temu?

■ **SO:** Zachorowalność jest cały czas ta sama. Częstość występowania tego schorzenia wzrasta w miarę starzenia się człowieka. W przedziałach wiekowych powyżej 65. roku życia prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę Alzheimera podwaja się co pięć lat. Im jesteśmy starsi, tym ryzyko zachorowania jest większe. W przypadku osób powyżej 85. roku życia przyjmuje się, że mniej więcej połowa z nich choruje na Alzheimera. Nie wzrasta zachorowalność, natomiast wydłuża się czas naszego życia i w związku z tym zwiększa się ilość osób chorujących.

KB: O jakiej liczbie chorych możemy mówić?

■ **SO:** W tej chwili w Polsce mamy ok. 18 proc. społeczeństwa powyżej 60.

roku życia. Za kilkanaście lat, w 2030 r., przewiduje się, że tych osób będzie ok. 25 proc., a więc jedna czwarta społeczeństwa. Szacuje się, że w chwili obecnej w Polsce z otępieniem żyje ok. 400 tys. osób. Na Śląsku ok. 50 tys. osób ma otępienie, z czego prawie połowa to choroba Alzheimera.

KB: Jak powinniśmy postępować jeśli przypuszczamy, że mamy do czynienia z chorobą otępienną?

■ **SO:** Zwrócić się do lekarza. W pierwszej kolejności stara się on potwierdzić, czy rzeczywiście mamy do czynienia z otępieniem, drugim etapem postępowania diagnostycznego jest ustalenie przyczyny tego schorzenia.

KB: Czy chorzy zaniepokojeni tymi zmianami sami się zgłaszają do lekarza, czy przyprowadzają ich bliscy?

■ **SO:** W dużej części chorzy sami zdają sobie sprawę z problemu i gdy zaczyna on im przeszkadzać udają się do lekarza dzieje się tak na początku choroby, jednak w wielu przypadkach przy pierwszym kontakcie z pacjentem mamy już do czynienia z zaawansowanym otępieniem, które rozwijało się w podstępny i niezauważalny sposób i wtedy zazwyczaj chory trafia do lekarza ze swym opiekunem. W przypadku podejrzenia otępienia lekarz zobowiązany jest do przeprowadzenia szeregu badań dodatkowych, które mają doprowadzić do ustalenia przyczyny zespołu otępiennego. Są to przede wszystkim podstawowe badania laboratoryjne krwi, moczu, rtg klatki piersiowej, badania neuropsychologiczne i badania neuroobrazowe – tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy, aby ustalić czy nie mamy do czynienia z takim przypadkiem, w którym otępienie jest objawem uleczalnego schorzenia, kiedy jesteśmy w stanie wdrożyć odpowiednie leczenie i dopomóc choremu odwracając proces otępienny.



KB: Zanim lekarz zleci badania, na pewno przeprowadzi szczegółowy wywiad lekarski...

■ **SO:** Tak, badanie lekarskie zaczyna się od zebrania obszernego wywiadu, w czasie którego poza standardowo zbieranymi zdrowotnymi informacjami na pewno padnie wiele pytań o proste, podstawowe sprawy z życia codziennego, które wyjaśnią profil i stopień nasilenia zaburzeń poznawczych. W przypadku lęku o własne zdrowie krewnych lub przyjaciół, warto postawić niektóre z tych pytań: czy zdarza się, że powtarzamy opisy sytuacji, opowiadania lub pytania, czy zdarza się, że mówimy w kółko o tym samym? Czy nie zapominamy o terminach spotkań, czy mamy problemy z właściwym osądem sytuacji? Czy nie zauważyliśmy problemów finansowych, z wypełnianiem druków, blankietów, płaceniem rachunków czy liczeniem pieniędzy? Przy tym schorzeniu chorzy mają problem z kontrolą finansów, może dochodzi do niekontrolowanej rozrzutności. Czy nie pojawiają się problemy z obsługą urządzeń w gospodarstwie domowym nawet tych prostych lub ze zrozumieniem ich instrukcji obsługi. Ważna jest, choćby podstawowa kwestia, umiejętności określenia daty, roku, miesiąca, pory roku, dnia tygodnia. W zespole otępiennym dochodzi też do zmiany zainteresowań, dotychczasowe hobby przestaje pasjonować, zostaje zarzucone, stanowi to bardzo niepokojący sygnał.

KB: Czy chory u którego rozpoznano chorobę Alzheimera lub inne otępienie wraca do domu, czy kładziecie go państwo w klinice?

■ **SO:** Unikamy takich sytuacji jak ognia. Pacjenci z zespołem otępiennym, z zaawansowaną postacią choroby Alzheimera bardzo źle znoszą zmiany otoczenia, dlatego pozostawienie chorego w szpitalu niczego dobrego nie wnosi. Wszystkie badania diagnostyczne, które potrzeba przeprowadzić mogą być wykonane w trybie ambulatoryjnym.

KB: Czy choroba Alzheimera w ogóle się nie kwalifikuje do leczenia szpitalnego?

■ **SO:** Ta choroba jako sama w sobie nie, natomiast pacjentów z zespołem otępienny dotykają również inne schorzenia, które mogą wymagać hospitalizacji.

KB: Czy to jest choroba, która może się cofnąć?

■ **SO:** Choroba Alzheimera nie. Pacjent jest skazany na stałą progresję. Choroba Alzheimera nie cofa się w

odróżnieniu od niektórych objawowych otępień, dlatego tak ważna jest wczesna pełna diagnostyka, która pokaże nam tych chorych u których nie mamy do czynienia z chorobą Alzheimera, tylko z otępieniem, które podlega terapii.

KB: Czy można jej rozwój zahamować?

■ **SO:** Niestety, nie. Nie dysponujemy takim lekiem, który pozwoliłby zatrzymać lub wycofać tę chorobę.

KB: Ciężar opieki nad chorym na Alzheimera przerzucony jest w znacznej mierze na środowisko. Jak postępować z chorym? To bardzo trudne zajęcie. I w zasadzie trwające chyba 24 godziny na dobę.

■ **SO:** To zależy od stopnia zaawansowania choroby. W początkowym okresie taka konieczność nie istnieje, natomiast jeśli wiemy, że mamy do czynienia z chorobą Alzheimera to wcześniej czy później dojdzie do takiej sytuacji, że pacjent nie będzie sam w stanie funkcjonować i skazany będzie na opiekę osoby drugiej.

KB: Wcześniej czy później - gdzie jest ta granica?

■ **SO:** Trudno wyznaczyć sztywną granicę. Choroba postępuje i w miarę czasu jej trwania dołączają kolejne objawy oraz narasta stopień ich nasilenia. Taką granicą mogą być zaburzenia orientacji, gdy chory wychodzi z domu i błądzi lub problemy z ubieraniem. Na początku może to być problem z dobraniem odpowiedniego stroju, co założyć w danym dniu, jak dostosować ubranie do pogody. Pomagamy podsuwając odpowiedni strój, ale z czasem chory może nie chcieć w ogóle się ubrać.

KB: Trochę jak małe dziecko...

■ **SO:** Tak, chory stopniowo staje się coraz mniejszym dzieckiem.

KB: Poza możliwościami diagnostycznymi i stwierdzeniem, że jest to choroba Alzheimera, co może zaoferować choremu medycyna? Czy jest bezradna?

■ **SO:** Wykonanie tomografii komputerowej w przypadku choroby Alzheimera niewiele wniesie do terapii, która w tym przypadku jest ograniczona, jednak jeśli okaże się, że u osoby, u której rozwija się otępienie wykonana tomografia wykazała obecność guza mózgu lub pourazowego krwiaka okołomózgowego, to z terapeutycznego punktu widzenia stoimy w zupełnie innym miejscu, bowiem podjęte w takiej sytuacji działania neurochirurgiczne, nie tylko odwra-

cają otępienie ale ratują życie chorego, chorzy mają szansę powrotu do normalnego funkcjonowania. Wreszcie należy również pamiętać o możliwościach leczenia poszczególnych, niejednokrotnie bardzo uciążliwych, objawów występujących w przebiegu otępienia. Możliwość łagodzenia np. zaburzeń lękowych, psychotycznych czy zachowań agresywnych stanowi ogromną pomoc w opiece nad chorymi.

KB: Co będzie przełomem w leczeniu tej choroby? Na co czekają neurologi?

■ **SO:** W chorobie Alzheimera dochodzi do zaniku komórek nerwowych oraz synaps, czyli połączeń między nimi. Rozwijają się też tzw. blaszki starcze, w neuronach tworzą się zmiany neurofibrilaryjne. Nagrodę Nobla na pewno dostanie osoba, która wymyśli lek odwracający te zmiany neuropatologiczne.

KB: Czy to jest bardzo daleka przyszłość?

■ **SO:** Widać światełko w tunelu. Zostały już przeprowadzone badania na ohotnikach z zastosowaniem tzw. szczepionki przeciwko chorobie Alzheimera, której podanie spowodowało zanikanie blaszek starczych. Niestety lek nie został dopuszczony do klinicznego stosowania, ponieważ pojawiły się poważne skutki uboczne, jednak cel, czyli likwidacja zmian neuropatologicznych został osiągnięty. Tak więc mam nadzieję, że będziemy świadkami skutecznego leczenia lub modyfikacji przebiegu tej choroby.

KB: Opieka nad chorym na chorobę Alzheimera spada na barki najbliższej rodziny. Czy opiekunów chroni jakiś system?

■ **SO:** Problem jest ogromny. Niestety w naszym kraju nie funkcjonuje żaden system, który zabezpieczałby dobre funkcjonowanie opiekuna dla osoby chorej na chorobę Alzheimera. Jesteśmy cały czas skazani na dobrą wolę najbliższych chorego. Tą osobą jest zazwyczaj współmałżonka.

KB: Co się dzieje, jeśli nie ma takiej osoby?

■ **SO:** Pozostają domy opieki społecznej. Wiem, że czas oczekiwania na miejsce w takim domu to kilkanaście miesięcy, czasami kilka lat. Są jeszcze oddziały dla przewlekle chorych, oddziały hospicyjne, ale niestety w naszym systemie cały czas jest to układ niewydolny.

KB: Dlatego tak ważne są grupy wsparcia...

■ **SO:** W naszym regionie działa Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie. Oficjalnie zostało zarejestrowane w grudniu 2005 r. Od tego czasu grupa zapaleńców stara się o to, by możliwe było otoczenie osób chorych jak najszerszą opieką, a opiekunowie uzyskali pomoc. Ambitnym celem, który sobie postawiono, jest zorganizowanie domu dziennej pomocy dla chorych na chorobę Alzheimera. Chodzi o to, aby przynajmniej ci chorzy, którzy mogą być przewiezieni, mogli trafić do takiego domu na czas kilku godzin dziennie i bezpiecznie spędzić tam czas pod opieką odpowiednio przeszkolonego personelu, który będzie prowadził różne formy prokognitywnej i nefarmakologicznej terapii a opiekunowie będą mieli chwilę wytchnienia i czas na spokoj-

nie załatwienie różnych spraw np. pracę zawodową.

KB: Z jakimi mitami dotyczącymi chorób otępiennych spotyka się pan najczęściej?

■ **SO:** Mit, który pokutuje w naszej mentalności to pojęcie "otępienia starczego". Spotykamy starsze osoby z zaburzeniami pamięci i łatwo klasyfikujemy: „otępienie starcze”, powtarzamy, że w „tym wieku” muszą już występować zaburzenia pamięci i pewien stopień niedoświadczenia psychicznego, dlatego nawet nie próbujemy skonsultować się z lekarzem rodzinnym. Nie ma czegoś takiego, jak otępienie starcze. U każdego chorego z takimi zaburzeniami istnieje konieczność przeprowadzenia dokładnej diagnostyki i leczenia!

Innym mitem jest mit braku leczenia. Wspominałem już o spektakularnych przykładach leczenia otępienia odwracalnego w przebiegu guza mózgu i krwaka okołomózgowego, które podlegają leczeniu neurochirurgicznemu usuwającemu przyczynę otępienia. Dysponujemy też lekami, które choć nie ulecą z choroby Alzheimera, to łagodzą objawy tego schorzenia, poprawiając pamięć, codzienne aktywności, łagodzą objawy psychotyczne i zaburzenia zachowania. Dostępne leczenie objawowe, pomimo, że nie jest szczytem naszym marzeń w leczeniu otępień, to jednak przynosi rzeczywistą korzyść nie tylko pacjentowi, ale, szczególnie w zaawansowanych stadiach choroby, również osobom opiekującym się chorymi.

Czy można spowolnić przebieg choroby Alzheimera i złagodzić jej objawy?

- Jak rozpoznaje się chorobę Alzheimera?
- Jakie są objawy i przebieg choroby?
- Czy można zapobiegać wystąpieniu choroby?



Praktyczne porady dla chorych i opiekunów:

www.ChorobaAlzheimera.pl