

BIULETYN

ŚLĄSKIEGO STOWARZYSZENIA ALZHEIMEROWSKIEGO

Numer 5



HENRYK PRZONDZIONO / GOŚĆ NIEDZIELNY

Chorobie Alzheimera nie może towarzyszyć samotność

KATOWICE

BIULETYN WYDAWANY PRZY WSPÓLUDZIALE ŚRODKÓW FINANSOWYCH URZĘDU MIASTA KATOWICE

ISSN1897-4767

Szanowni Państwo.

Po rocznej przerwie, w odpowiedzi na liczne życzenia sympatyków, wydajemy kolejny numer naszego biuletynu.

Przerwa spowodowana była trudnościami finansowymi.

Dzięki pomocy Urzędu Miasta Katowice w współfinansowaniu biuletynu mogliśmy sfinalizować druk biuletynu.

Dziękujemy MOPS Katowice za udzielenie nam informacji na temat pomocy dla osób niepełnosprawnych. O zamieszczenie tych informacji prosiliśmy Państwo w licznych listach i telefonach.

Drukujemy również pełny tekst listu do Ministra Zdrowia odnośnie refundacji leków.

Dziękujemy p. redaktorowi Franciszkowi Kucharczakowi za bezinteresowną pomoc przy redagowaniu biuletynu oraz wykonanie składu i układu graficznego naszego biuletynu.

Redaktor naczelny – Marek Walusiak

W dniu 30.03.2012r odbyło się zebranie sprawozdawczo – wyborcze naszego stowarzyszenia.

W wyniku wyborów wybrano zarząd stowarzyszenia w składzie:

Kazimierz Bigo – prezes
Stanisław Michałowski – wiceprezes
Marek Walusiak – skarbnik

Wystosowaliśmy list do Ministra Zdrowia odnośnie przywrócenia refundacji leków.

Jak co roku zorganizowaliśmy bezpłatne badania na okoliczność choroby Alzheimera w kilku miastach naszego województwa / Katowice, Bytom, Cieszyn, Bielsko – Biała /
Z badań tych skorzystało ok.500 osób.

Z przykrością informujemy iż 1% podatku przekazanego na nasze stowarzyszenie /ze względów proceduralnych/ został zagospodarowany przez Ministerstwo Finansów.

W powyższej sprawie wystosowaliśmy pisma do Prezydenta RP, Premiera RP, Rzecznika Praw Obywatelskich, Ministra Finansów.

Uzyskane odpowiedzi nie do końca wyjaśniły zaistniałą sytuację.

Przystąpiliśmy do remontu budynku przeznaczonego na Ośrodek Rehabilitacji Neurologicznej.

Wykonaliśmy już szereg prac remontowych związanych z remontem budynku m.innymi całkowitą wymianę inst.wod – kan , wykonanie przyłącza gazowego, likwidację piecy węglowych, wykonanie instalacji centralnego ogrzewania, remont instalacji elektrycznej.

Wszystkie opłaty za wykonywane roboty pokrywane są przez darczyńców.

Z przykrością stwierdzam, iż potężne katowickie firmy i kluby które deklarowały pomoc w remoncie nie wspomogły nas ani jedną złotówką.

Wszystkie darowizny pochodzą od osób fizycznych.

Jeszcze raz wszystkich prosimy o pomoc finansową celem dokończenia remontu budynku.

Remont planujemy zakończyć w 2013r.

Zarząd

*Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie
Katowice ul. Medyków 14
Tel. 509 540 654*

40-475 Katowice ul. Medyków 14
KRS 0000246537 NIP 634-258-12-33
REGON 240239034
ING BANK ŚLĄSKI NR 28 1050 1214 1000 0023 0097 1815
TEL. 509-540-654

Katowice 2011-12-29

Minister Zdrowia RP
Dr Bartosz Arłukowicz
ul. Miodowa 15
Warszawa

Dotyczy: prośba o obniżenie ceny za rywastygminę w plastrach od 1 stycznia 2012 dla chorych na chorobę Alzheimera.

Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie skupia pacjentów, opiekunów i osoby zainteresowane niesieniem pomocy chorym z chorobą Alzheimera i ich opiekunom z terenu Górnego Śląska. Choroba Alzheimera dotyka ludzi w wieku podeszłym, którzy utracili zdolność prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu. Odpowiedzialność za chorego i jego leczenie spada na jego opiekunów (małżonek, dzieci).

Z wielkim niepokojem przyjęliśmy do wiadomości informację o znacznym podwyższeniu odpłatności za leki przyjmowane przez naszych Pacjentów. Szczególnie zaniepokojeni jesteśmy wzrostem ceny rywastygminy w formie plastra, bowiem do tej pory cena za miesięczną kurację wynosiła ok. 50 zł, a obecnie wzrasta do 270 zł.

Biorąc pod uwagę niskie dochody naszych chorych, wahające się w granicach 800 zł na miesiąc oraz konieczność przyjmowania również innych leków, podwyżka ta spowoduje, że połowa dochodów będzie musiała być przeznaczona na zakup leków, co doprowadzi do gwałtownego zubożenia rodzin opiekujących się chorymi na chorobę Alzheimera.

Rywastygmina w postaci plastrów jest w naszej opinii najbardziej nowoczesnym lekiem dostępnym w leczeniu tej choroby. Jest ona niezastąpioną terapią u pacjentów, którzy nie tolerują leków doustnych z powodu działań niepożądanych. Ponadto lek ten stosowany jest raz na dobę, co zmniejsza uciążliwość opieki nad chorym (większość leków stosowanych jest 2 razy dziennie wymuszając stałą obecność opiekuna). Rywastygmina w plastrach może być podawana „niezauważalnie” dla chorych, u których często występują objawy psychopatologiczne powodujące czynny sprzeciw wobec stosowania jakichkolwiek leków w postaci tabletek.

Brak dostępności do rywastygminy w plastrach spowoduje w tej grupie chorych, przyspieszenie nieodwracalnego postępu choroby i wygeneruje dodatkowe koszty społeczne.

W imieniu swoim i naszych Podopiecznych zwracamy się do Pana Ministra o utrzymanie dotychczasowej ceny rywastygminy w plastrach, dzięki czemu przywrócona będzie jej dostępność dla wszystkich chorych wymagających tego leczenia. Liczymy na zrozumienie naszej prośby.

Otępienie naczyniopochodne, czyli rozwijające się na podłożu zmian w naczyniach tętniczych mózgu

Otępienie jest zespołem objawów uszkodzenia wyższych funkcji nerwowych. Określenie otępienia odnosi się do opisu zespołu objawów, które mogą występować w przebiegu różnych schorzeń, 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 rozumianych jako zaburzenia mowy, 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 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, jest 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 wzrosnie liczebność najstarszej grupy ludzi powyżej 80 lat. Przeprowadzone badania wskazują, że obecnie w Polsce żyje ok. 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.

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

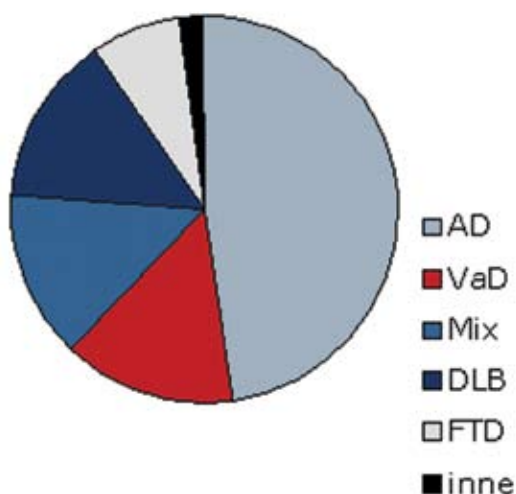
Tabela 1. Schorzenia przebiegające z otępieniem.

- choroby neurozwyrodnieniowe
- choroby naczyniowe OUN
- choroby organiczne i urazy OUN
- choroby psychiczne
- schorzenia ogólnoustrojowe
 - zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej
 - zaburzenia metabolizmu
 - zaburzenia funkcji narządów mięsaszowych
 - 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 neurodegeneracyjne i naczyniowe wywołujące otępienie.

■ choroba Alzheimera - AD	50%
■ otępienie naczyniowe - VaD	15%
■ otępienie mieszane - Mix	15%
■ otępienie z ciałami Lewy'ego - DLB	10%
■ otępienie czołowo-skroniowe - FTD	8%
■ inne	2%



Otępienie naczyniopochodne

Definicja

Otępienie naczyniopochodne (vascular dementia, VaD) jest składową szerszego pojęcia *naczyniopochodnych zaburzeń poznawczych* (vascular cognitive impairment, VCI), których wspólną cechą jest pierwotnie naczyniowa przyczyna. Termin VCI stosuje się w odniesieniu do wszystkich postaci zaburzeń poznawczych od łagodnych do ciężkich, które towarzyszą lub spowodowane są naczyniowymi chorobami mózgu. Tak rozumiane VCI obejmują: naczyniopochodne zaburzenia poznawcze bez otępienia (vascular cognitive impairment without dementia, VCIND), naczyniopochodne łagodne zaburzenia poznawcze (vascular mild cognitive impairment, VMCI) oraz otępienie naczyniopochodne (vascular dementia, VaD). VCI mogą być następstwem udaru mózgu, mnogich zawałów korowych i podkorowych mózgu, choroby małych naczyń krwionośnych mózgu przebiegającej z uszkodzeniem istoty białej, stanu zatokowego lub krwotoku mózgowego.

Epidemiologia

Jedną z najlepiej epidemiologicznie poznanych postaci otępienia naczyniopochodnego jest otępienie poudarowe, które obejmuje 16 – 30 % chorych w czasie do 3 miesięcy od wystąpienia udaru. Względ-

ne ryzyko rozwoju VaD u osób, które przebyły udar mózgu jest 2 – 10 razy większe w stosunku do osób nie obciążonych naczyniowymi chorobami układu nerwowego. Wśród tych chorych wzrasta także ryzyko rozwoju patologii alzheimerowskiej. Wskaźnik rozpowszechnienia VaD wynosi 1- 2.4% populacji powyżej 65. roku życia, przy zapadalności 1,5 – 39 przypadków na 1000 osób w roku i wzrasta w starszych grupach wiekowych.

Zmiany anatomiczne w mózgu

Podłożem neuropatologicznym VCI są zmiany niedokrwienne: ogniska udarowe w obszarze unaczynienia jednej dużej tętnicy, zawał końcowych odcinków dużych naczyń tętniczych (zawały ostatniej łąki), zawały zatokowe, rozlane i ogniskowe uszkodzenia istoty białej, zawał niekompletny oraz ich kombinacje lub wspólne występowanie. W rozwoju VCI ważną jest wielkość i lokalizacja niedokrwienia. Badaniem neuropatologicznym stwierdza się obecność zmian miażdżycowych dużych i małych naczyń tętniczych, duże i małe ogniska udarowe oraz zmiany demielinizacyjne istoty białej.

Klasyfikacja postaci naczyniopochodnych zaburzeń poznawczych.

Tabela 7. Klasyfikacja naczyniopochodnych zaburzeń poznawczych.

I. Sporadyczne naczyniopochodne zaburzenia poznawcze

1. Łagodne naczyniopochodne zaburzenia poznawcze
2. Otępienie poudarowe
 - Korowe otępienie naczyniopochodne (otępienie wielozawałowe)
 - Otępienie z udarami miejsc strategicznych
 - Otępienie z hipoperfuzji
 - Otępienie pokrwotoczne
3. Podkorowe otępienie naczyniopochodne
4. Otępienie spowodowane specyficznymi arteriopatiami
5. Otępienie mieszane

II. Genetycznie uwarunkowane naczyniopochodne zaburzenia poznawcze

Łagodne naczyniopochodne zaburzenia poznawcze

Termin *łagodne naczyniopochodne zaburzenia poznawcze* (vascular mild cognitive impairment, VMCI) nie jest jednoznacznie zdefiniowany. Podobnie, jak w przypadku łagodnych zaburzeń po-

znawczych, będących stanem przejściowym w AD, VMCI określają niewielki deficyt funkcji poznawczych związany z naczyniową chorobą mózgu i czasami określają stan początkowy przed ujawnieniem się VaD. Termin ten obejmuje zaburzenia poznawcze różnych modalności, nie tylko pamięci, o różnym stopniu zaawansowania od najłagodniejszych nie spełniających kryteriów otępienia. VMCI wg niektórych oceniane są jako bardzo częste (50.5% chorych) zjawisko poudarowe.

Najczęściej stwierdzanymi zaburzeniami funkcji poznawczych w VMCI są szybkość procesów myślowych, liczenie, funkcje wykonawcze i uwaga, a najrzadziej orientacja i pamięć. Zaburzenia funkcji wykonawczych i pamięci u osób z VMCI najlepiej korelują z ryzykiem rozwoju otępienia.

Otępienie poudarowe

Otępienie poudarowe obejmuje: korowe otępienie naczyniopochodne, otępienie z udarami miejsc strategicznych, otępienie z hipoperfuzji i otępienie pokrwotoczne.

Korowe otępienie naczyniopochodne, dawniej określane jako otępienie wielozawałowe, określa otępienie wynikające z obecności licznych korowo zlokalizowanych ognisk niedokrwiennych. Otępienie z udarami miejsc strategicznych dotyczy głównie udarów zlokalizowanych w obrębie wzgórza, zakrętu obręczy, zakrętu kąтового, wzgórza i podstawy płatów czołowych. Otępienie z hypoperfuzji jest następstwem uszkodzenia OUN wywołanego globalnymi zaburzeniami krążenia mózgowego często wynikiem niewydolności ogólnoustrojowego krążenia. Otępienie pokrwotoczne obejmuje stany po krwotoku mózgowym i podpajęczynówkowym. Najczęstszą postacią VaD jest podkorowe otępienie naczyniopochodne, którego główną przyczyną jest choroba małych naczyń prowadząca do klinicznie rozpoznawanego stanu zatokowego lub choroby Binswagera, czego neuropatologicznym odpowiednikiem zawały zatokowe i zmiany w istocie białej zwane *leukoaraiozą*. Objawami związanymi z tym stanem są zaburzenia chodu, równowagi, zaburzenia dysuryczne i jeśli występują bez otępienia to określane są jako *podkorowa niedokrwienna choroba naczyniowa bez otępienia*.

Otępienie mieszane

Powszechną, zwłaszcza u ludzi starszych, jednak rzadko rozpoznawaną postacią otępienia, jest otępienie mieszane. Obejmuje ono współwystępowanie patologii alzheimerowskiej i naczyniowej, co częściowo wynika ze wspólnych patomechanizmów. Wiele dowodów potwierdza znaczący udział patologii naczyniowej w AD, w tym głównie choro-

by małych naczyń i mikrozawałów oraz wskazuje na fakt wzajemnego nakładania AD i VaD. Amyloidowa angiopatia jest opisywana jako przyczyna uszkodzenia naczyń w większości przypadków choroby Alzheimera i może być przyczyną otępienia niezależną od obecności blaszek starczych i zmian neurofibrilarnych. Naczyniowe czynniki ryzyka – nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, miażdżyca, choroba niedokrwienna serca, palenie tytoniu – są również związane z częstszym występowaniem choroby Alzheimera.

Zaburzenia funkcji poznawczych i obraz kliniczny otępienia poudarowego

We wczesnym okresie rozwoju VCI, szczególnie w naczyniowym uszkodzeniu podkorowym, dominują zaburzenia: myślenia abstrakcyjnego, możliwości szybkiej zmiany tematów myślowych, szybkości opracowywania zadań i pamięci operacyjnej, zaburzenia funkcji wykonawczych, zaburzenia uwagi i opracowywania zapamiętanego materiału. Niejednokrotnie stwierdza się bardzo zróżnicowany przebieg i obraz VaD, wynikający z różnej lokalizacji, wielkości i czasu powstania ognisk uszkodzenia, których stopień rozległości rzutuje na gorsze rokowanie. Czasami obserwowany jest skokowy przebieg deficytu poznawczego z kolejno pojawiającymi się, wyraźnymi, nowymi deficytami poznawczymi i ogniskowymi objawami neurologicznymi oddzielnymi okresami stabilizacji.

PSD występuje częściej u chorych ze stwierdzonym zanikiem przyśrodkowej części płata skroniowego. Niezależny wpływ na rozwój VaD mają: obecność licznych obszarów uszkodzenia naczyniowego, korowy i podkorowy zanik mózgu i WML. Predyktorami PSD są: podeszły wiek, rozległy udar, niski stopień edukacji, naczyniowe uszkodzenie mózgu poprzedzające udar, migotanie przedsionków i nadciśnienie tętnicze. Współwystępujący lub poprzedzający udar, zespół depresyjny, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i choroby serca są czynnikami niekorzystnie wpływającymi na nasilenie VaD. Wpływ czynników ryzyka naczyniowego na rozwój VaD jest inny w najstarszej grupie wiekowej, wykazano protekcyjny wpływ hypercholesterolemii na rozwój otępienia, nasilenia zaburzeń poznawczych oraz śmiertelności.

Otępienie podkorowe.

Typowym klinicznym obrazem otępienia podkorowego jest: spowolnienie przetwarzania informacji, osłabienie pamięci, trudności formowania celów, planowania, realizacji i zapoczątkowania zadań oraz myślenia abstrakcyjnego składają się na kliniczny opis zespołu zaburzeń funkcji wykonaw-

czych, który odnosi się do czołowo-podkorowych kręgów neuronalnych i jest dość. Zaburzenia pamięci są zazwyczaj umiarkowane i nie wysuwają się na pierwszy plan. W przebiegu otępienia podkorowego poza zaburzeniami funkcji poznawczych występują objawy pozapiramidowe: spowolnienie ruchowe, wzmożenie napięcia mięśniowego, zaburzenia chodu i postawy oraz obustronne objawy piramidowe, zaburzenia dysuryczne, upadki, dysfagia, dyszartria, czasami zaburzenia zachowania, osobowości i nastroju, labilność emocjonalna i zespoły psychopatologiczne. Badania neuroobrazowe, CT i MRI, najczęściej uwidaczniają rozlane zmiany w istocie białej, dobrze widoczne w sekwencji T2 MRI oraz w dyfuzyjnej opcji MRI (DWI MRI).

Poudarowe otępienie w przebiegu udaru strategicznego.

Poudarowe otępienie w przebiegu tzw. udaru strategicznego może mieć gwałtowny przebieg z nagłym początkiem zaburzeń pamięci i zaburzeniami świadomości. Zespół ten opisano na podstawie obserwacji chorych z niewielkim zawałem lakunarnym, obejmującym dolną część kolanka torebki wewnętrznej. Paradoksalnie, pojedynczy rozległy obszar niedokrwienia udarowego może być klinicznie mniej obciążający, niż następstwa małego strategicznie zlokalizowanego ogniska, niszczącego szerokie projekcje neuronalne. W zależności od lokalizacji ogniska uszkodzenia obserwuje się różny obraz zaburzeń neuropsychologicznych: w przypadkach zaburzeń przedniej części krążenia mózgowego dominują zaburzenia funkcji wykonawczych, niedokrwienie tylnej części krążenia, głównie lewej półkuli i płata skroniowego związane jest z zaburzeniami pamięci. Lokalizacja niemych klinicznie udarów w obrębie wzgórza wiąże się z zaburzeniami pamięci, natomiast szybkość wykonywania procesów myślowych częściej jest osłabiona w przypadkach lokalizacji pozawzgórzowej. Zaburzenia funkcji poznawczych, rozwijające się w następstwie globalnej hipoperfuzji mózgowej, mogą klinicznie przypominać AD z powoli postępującą progresją objawów. Rzadkością są odwracalne postaci VaD. Otępienie poudarowe rzadziej związane jest z krwotokiem śródmózgowym lub podpajęczynówkowym. Obraz kliniczny jest wtedy podobny do naczyniowego otępienia korowego, jednak w przypadkach, gdy krwawienie występuje w przebiegu angiopatii amyloidowej, staje się sumacją obu procesów i stanowi klasyczny przykład otępienia mieszanego.

Badania pomocnicze

Podstawowymi badaniami diagnostycznymi w VCI są strukturalne badania neuroobrazowe CT i MRI,

uwidaczniające lokalizacje, wielkość i stopień nasilenia naczyniopochodnych zmian istoty szarej i białej. W ustaleniu etiologii pomocne są transkranialne badania dopplerowskie i badania duplex tętnic szyjnych i kręgowych, pozwalające na ocenę dynamiki przepływów krwi oraz morfologii ścian naczyń. Upełnieniem oceny morfologicznej są czynnościowe badania neuroobrazowe SPECT i PET, uwidaczniające mózgowo obszary zaburzonego przepływu krwi i metabolizmu.

Leczenie

Brak skutecznego leczenia VaD. Udowodniono objawową skuteczność inhibitorów acetylocholinesterazy. Donepezil, rivastigmina i galantamina są bezpiecznymi, dobrze tolerowanymi i skutecznymi lekami, których efekt zależy od dawki. Większe efekty terapeutyczne w wymiarze populacyjnym można osiągnąć stosując pierwotne i wtórne postępowanie prewencyjne, podobne jak w udarze mózgu. Należy zaznaczyć, że wczesne poudarowe zaburzenia poznawcze u części chorych przybierają korzystny przebieg, stając się samoistnie całkowicie lub częściowo odwracalnymi. Prewencja pierwotna VCI polega na leczeniu lub unikaniu modyfikowalnych czynników ryzyka, którymi w przypadku VaD są nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, dyslipidemia, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej oraz niedobór witaminy B12 i kwasu foliowego. Jednak, aby prewencja VaD była skuteczną, musi być rozpoczęta odpowiednio wcześnie w środkowych dekadach życia.

Podsumowanie

Wzrastająca populacja osób w wieku podeszłym i w związku z tym coraz większa liczba chorych na otępienie naczyniopochodne oraz specyfika kliniczna otępienia naczyniopochodnego, dotyczącego nie tylko chorych ale i ich opiekunów, powoduje, że stanowi ono ważny problem medyczno-społeczny wysoko rozwiniętych społeczeństw o wydłużającym się czasem życia. Pomimo stale dokonującego się postępu w badaniach nad wczesną diagnostyką i leczeniem otępienia naczyniopochodnego, terapia tego schorzenia i towarzyszących mu zaburzeń neurologicznych, jest stale trudnym zadaniem dla każdego klinicysty i wymaga zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu specjalistów: neurologa, kardiologa, internisty, fizjoterapeuty, psychologa, logopedy, czasami psychiatry.

Stanisław Ochudło

Zasady kierowania oraz wykaz działających na terenie

Do Domu Pomocy Społecznej kieruje się, a następnie umieszcza osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności, nie mogące samodzielnie funkcjonować w dotychczasowym miejscu zamieszkania, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach osoby:

1/. samotne, w podeszłym wieku (w szczególności powyżej 80 lat), których stan zdrowia może ulec nagłemu, gwałtownemu pogorszeniu.

2/. niepełnosprawne – upośledzone bądź zaburzone psychicznie, nad którymi opiekę sprawują rodzice w podeszłym wieku, rodzina, których stan zdrowia może ulec nagłemu, gwałtownemu pogorszeniu, pomimo możliwości zapewnienia doraźnej pomocy w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez gminę, są kierowane do domu pomocy społecznej.

Do skierowania do DPS poza kolejnością, w szczególności kwalifikowane są osoby:

1/. obłożnie chore, samotne, którym świadczone są usługi, a ich zakres jest niewystarczający,

2/. długotrwale przebywające w szpitalu (ze względów społecznych, które nie wymagają dalszego leczenia szpitalnego, a stan ich zdrowia nie pozwala na funkcjonowanie w środowisku przy zapewnieniu różnych form pomocy środowiskowej,

3/. którym kończy się sześciomiesięczny pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym i Opiekuńczo – Lecznicznym, a z uwagi na stan zdrowia nie mogą funkcjonować w środowisku, nawet przy zapewnieniu różnych form pomocy środowiskowej,

4/. samotne stanowiące ze względu na stan zdrowia zagrożenie dla siebie i środowiska,

5/. posiadają decyzję kierującą do DPS, a stan zdrowia gwałtownie się pogorszył

6/. kombatanci.

Poniżej przedstawiamy wykaz niektórych Domów Pomocy Społecznej działających na terenie województwa śląskiego w zależności od wskazań lekarskich typu DPS, do której powinna być skierowana osoba:

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku:

■ DPS, Dąbrowa Górnicza ul. Norwida 1
tel. 264-23-92,264-25-60

■ DPS, Gliwice ul. Derkacza 10,
el. 232-26-46

■ DPS „Zacisze”, Katowice ul. Traktorzystów 42,
tel. 202-54-32, 252-48-60

■ DPS, Racibórz ul. Grzonki 1,
tel. 415-31-36, 415-86-89

■ DPS, Sosnowiec ul. Andersa 81B,
tel. 266-50-42, 292-11-91

■ DPS, Sosnowiec ul. Jagiellońska 2,
tel. 292-32-39

■ DPS, Zabrze ul. Matejki 62,
tel. 271-42-58, 271-34-26

■ DPS, Św. Anny, Tychy ul. Kopernika 6,
tel. 328-25-25

■ DPS, Św. Elżbiety, Ruda Śląska ul. Wolności 30,
tel. 243-65-94

■ DPS, Chorzów ul. Powstańców 45,
tel. 346-24-60

■ Ewangelicki Dom Opieki OSTOJA POKOJU,
Bytom ul. Matki Ewy 1, tel. 286-34-00

■ DPS, Chorzów ul. Wandy 64, tel. 241-15-13

■ DPS, dla dorosłych „Nazaret”, Gliwice ul. Odrowążów 124, tel. 332-06-32

■ DPS „Kombatant”, Bytom ul. Stolarzowicka 33,
tel. 286-37-16, 787-01-58

■ Caritas Archidiecezji Katowickiej DPS „Święty Florian”, Chorzów ul. Harcerska 3
tel. 241 -10-45.

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych:

■ DPS, Gliwice ul. Pszczyńska 100,
tel. 232-33-50

■ DPS, „Przystań”, Katowice ul. Adamskiego 22,
tel. 2513-919

■ DPS, SENIOR, Ruda Śląska ul. Puszkina 7,
tel. 248-13-55

■ DPS, Zabrze ul. Jaskółcza 11, tel. 271-48-54

■ DPS, prowadzony przez Zakon Kamilianów, Zabrze ul. Cisowa 6, tel. 271-38-17

■ DPS, PRZYJAŹŃ, Tarnowskie Góry ul. Włoska 24, tel. 285-58-98

Domów Pomocy Społecznej województwa śląskiego

- DPS, Jaworzno
ul. Obrońców Poczty Gdańskiej 65, tel. 616-24-91
- DPS, „Dom Kombatanta”,
Lubliniec ul. Dr Emila Cyrana 10,
tel. 356-40-04, 356-40-05

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób niepełno- sprawnych intelektualnie:

- DPS, Siemianowice Śląskie ul. Maciejkowska 8,
tel. 228-12-08
- DPS, REPUBLIKA, Chorzów ul. Michałkowska
4, tel. 245-90-66, 245-90-65
- DPS, Świętochłowice ul. Ks.Bpa.T. Kubiny 11,
tel. 245-27-35
- Caritas Archidiecezji Katowickiej Ośrodek M.B.
Uzdrowienie Chorych DPS, Knurów ul. Szpitalna
29, tel. 336-22-33.

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób niepełno- sprawnych fizycznie:

- DPS, Gorzyce ul. Bogumińska 22,
tel. 451-12-25
- DPS, Chorzów ul. Siemianowicka 101,
tel. 241-10-61

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych:

- DPS, Lubliniec ul. Kochcicka 14, tel. 356-32-66
- DPS, Pszczyna ul. Warowna 59, tel. 210-45-81
- DPS, Ruda Śląska
ul. Oddz. Młodzież Powstańczej,
tel. 242-86-01
- DPS, Siemianowice Śląskie
ul. Św. Barbary 5, tel. 228-21-03
- DPS, Tarnowskie Góry
ul. Gliwicka 22, tel. 285-37-85
- DPS, Konwentu Bonifratrów, Cieszyn pl. Lon-
dzina 1, tel. 852-02-68

Mamy nadzieję, że zamieszczone informacje pozwolą sprawniej dotrzeć do placówek, które w trudnym okresie życia rodzin osób chorych mogą wspomóc w zapewnieniu odpowiednich warunków bytowych chorym członkom rodziny.



MOPS – Katowice

Odpowiadając na liczne prośby opiekunów osób chorych publikujemy informacje uzyskane w MOPS – Katowice.

Dziękujemy kierownictwu MOPS za zrozumienie i przesłanie wyczerpujących informacji oraz udział specjalistów w spotkaniach grup wsparcia, gdzie bezpośrednio udzielają porad.

INFORMACJE O ŚWIADCZENIACH FINANSOWANYCH PRZEZ PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach realizuje poniższe zadania. Osoby zainteresowane formami pomocy powinny się zgłosić w Sekcji do Spraw Osób Niepełnosprawnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, przy ul. Jagiellońskiej 17, w pokoju 01, od poniedziałku do czwartku w godzinach od 800 do 1200, w piątki od 1230 do 1700 lub skontaktować telefonicznie 25 11 151, 25 11 970 w.164, 112,145.

DOFINANSOWANIE DO TURNUSU REHABILITACYJNEGO

Turnus rehabilitacyjny trwa 14 dni. O dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego mogą ubiegać się osoby posiadające aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, których średni miesięczny dochód nie przekracza 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę w rodzinie lub 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. Wysokość przyznanego dofinansowania wynosi odpowiednio:

■ dla osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności lub osoby do 16 r.ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat, uczącej się: 27% przeciętnego wynagrodzenia,

■ dla osoby niepełnosprawnej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności: 25% przeciętnego wynagrodzenia,

■ dla osoby niepełnosprawnej z lekkim stopniem niepełnosprawności: 23% przeciętnego wynagrodzenia,

■ dla opiekuna osoby niepełnosprawnej: 18% przeciętnego wynagrodzenia,

■ dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej: 18% przeciętnego wynagrodzenia.

O dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego osoba niepełnosprawna może ubiegać się każdego roku.

Po otrzymaniu pozytywnej informacji o przyznaniu

dofinansowania należy wybrać termin oraz miejsce turnusu i w terminie 30 dni powiadomić Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej o wyborze. Przyznane dofinansowanie przekazywane jest na konto organizatora turnusu na podstawie jego oświadczenia.

DOFINANSOWANIE DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

Wnioskodawcami mogą być osoby niepełnosprawne, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, których średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 50% przeciętnego wynagrodzenia lub 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. Wysokość dofinansowania wynosi do 60% kosztów takiego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego wynagrodzenia. Wypłata dofinansowania następuje na podstawie oryginału faktury zakupu w/w sprzętu oraz dowodu uiszczenia wpłaty własnej wnioskodawcy, zgodnie z zawartą wcześniej umową.

DOFINANSOWANIE DO PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

Dofinansowanie dot. zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, dofinansowanych przez NFZ, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2005r. w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych będącymi przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach - w zakresie którego NFZ finansuje to świadczenie - oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych. Wnioskodawcami mogą być osoby niepełnosprawne, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, których średni miesięczny dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 50% przeciętnego wynagrodzenia lub 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności. Wysokość dofinansowania jest obliczana indywidualnie na podstawie złożonej faktury zakupu z wyszczególnioną kwotą dofinansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia. O dofinansowanie do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych osoba niepełnosprawna może ubiegać się za każdym razem, kiedy otrzyma dofinansowanie na dany sprzęt lub środki pomocnicze z Narodowego Funduszu Zdrowia. Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku, środki są przekazywane na konto wnioskodawcy- w przypadku uiszczenia przez niego całej kwoty lub na konto sprzedawcy- w przypadku wystawienia faktury z odroczonym terminem płatności.

– informuje

DOFINANSOWANIE DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

Likwidacja barier architektonicznych ma na celu umożliwienie lub w znacznym stopniu ułatwienie osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem. O dofinansowanie takie mogą ubiegać się osoby z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności, które mają problemy w poruszaniu się. Wartość takiego dofinansowania może wynosić maksymalnie do 80% wartości wnioskowanych prac lub sprzętów, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Powyższe dofinansowanie można otrzymać raz na rok.

Realizacja wniosku przebiega w 2 etapach. Po otrzymaniu informacji o zakwalifikowaniu wniosku do realizacji wnioskodawca dostarcza projekt budowlany, kosztorys szczegółowy oraz zgodę właściciela lokalu lub budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac. Po dokonaniu wizji lokalnej i ustaleniu wysokości dofinansowania podpisana jest umowa cywilno - prawna, która określa m. in. wysokość dofinansowania oraz zweryfikowany szczegółowy zakres robót i zakupów realizowanych w ramach umowy. Po zakończeniu prac i odbiorze robót z udziałem przedstawicieli MOPS wnioskodawca przedstawia fakturę za wykonaną usługę, dowód wpłaty własnej oraz kosztorys powykonawczy. Na podstawie przedłożonych dokumentów następuje wypłata dofinansowania.

DOFINANSOWANIE DO LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ I TECHNICZNYCH

Dotyczy osób niepełnosprawnych, które z uwagi na swą niepełnosprawność mają trudności w komunikowaniu się, poświadczone orzeczeniem oraz aktualnym zaświadczeniem lekarskim, zawierającym informację o problemach w komunikowaniu się, wynikających ze schorzenia. Sprzęty i usługi wnioskowane do dofinansowania mają takie problemy usunąć. W ramach dofinansowania do likwidacji barier technicznych można ubiegać się o pomoc w montażu i zakupie instalacji technicznych, których zakup jest uzasadniony potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności wnioskodawcy. Wartość takiego dofinansowania może wynosić maksymalnie do 80% wartości wnioskowanych usług lub sprzętów, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Powyższe dofinansowanie można otrzymać raz na trzy lata.

WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Warsztat Stawarza osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się o uczestnictwo w warsztacie terapii zajęciowej na podstawie orzeczenia Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, w którym zawarte jest stosowne wskazanie. Aby zostać uczestnikiem WTZ należy zgłosić się do kierownika warsztatu z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności, zawierającym wskazanie do uczestnictwa w warsztacie terapii zajęciowej, na podstawie którego wnioskujący zostanie wpisany na listę kandydatów.

Warsztaty terapii zajęciowej działające na terenie Katowic:

■ Śląskie Stowarzyszenie „Ad Vitam Dignam”
Warsztat Terapii Zajęciowej
ul. Oswobodzenia 92, 40-405 Katowice, tel. 25 58 974.

Działalność WTZ skierowana jest do osób chorych psychicznie.

■ Warsztat Terapii Zajęciowej Stowarzyszenia na Rzecz Niepełnosprawnych „SPES”
ul. Panewnicka 463, Katowice, tel. 25 27 446.
Działalność WTZ jest skierowana do osób upośledzonych umysłowo.

■ Warsztat Terapii Zajęciowej „PROMYK”, Fundacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Niepełnosprawnej im. St. Kostki ul. Ociepki 8a, Katowice, tel. 25 49 376.

Działalność WTZ jest skierowana do osób upośledzonych umysłowo.

■ Warsztat Terapii Zajęciowej Stowarzyszenia na Rzecz Osób z U.U
ul. Wojciecha 23, 25 64 097.

Działalność WTZ jest skierowana do osób upośledzonych umysłowo.

■ Stowarzyszenie Wspierania Działań Twórczych UNIKAT
ul. Kotlarza 10b, Katowice, tel. 20 42 223.

Działalność WTZ jest skierowana do osób upośledzonych umysłowo.

Druki wniosków można pobrać na stronie internetowej MOPS Katowice www.mops.katowice.pl

Refleksje pacjenta oddziału geriatrycznego

Po raz pierwszy w życiu znalazłem się jako pacjent w szpitalu, na oddziale geriatrycznym w Katowicach – Ochojcu.

Zestresowany zameldowałem się na Izbie Przyjęć gdzie po załatwieniu spraw formalnych zostałem odprowadzony na oddział.

Pierwsza wizyta Pana ordynatora Jana Szewieczka w otoczeniu lekarzy prowadzących.

Od razu miłe zaskoczenie. Pan Ordynator do wszystkich pacjentów zwraca się poprzez pan ,pani dodając imię. Już to pozwala nawiązać nić zaufania.

Z uwagą wysłuchuje informacji o przebytych chorobach i występujących dolegliwościach.

Pierwsza noc niezbyt spokojna. Trudno zasnąć w nieswoim łóżku, bez ulubionej poduszki i w towarzystwie obcych osób. Obserwuję nocną pracę pielęgniarek. Cała noc na nogach bez chwili odpoczynku. Co rusz wezwanie do osoby potrzebującej pomocy pielęgniarzkiej.

Rano pobieranie krwi do badań.

Od tego momentu bardziej interesuje mnie wynik badań krwi , niż wyniki niedawnych wyborów.

Po wizycie ogólnej wizyta lekarza prowadzącego, który informuje w bardzo przystępny sposób o mających nastąpić badaniach, jaki jest ich cel oraz cierpliwie odpowiada na wszystkie moje pytania.

Pani dietetyczka informuje o zastosowanej diecie,

jaki jest jej cel i przekonywająco namawia do jej przestrzegania.

Personel oddziału bardzo dba o higienę osobistą pacjentów. Gdy zachodzi potrzeba studentki pomagają nawet przy goleniu.

Codziennie kapelan szpitalny obchodzi wszystkie sale proponując opiekę duszpasterską.

Mój pobyt w szpitalu dobiega końca. Ani przez moment nie czułem się pozbawiony opieki. Bardzo często wczesnym rankiem pan ordynator odwiedzał wszystkie sale pytając się nas o samopoczucie. Lekarz prowadzący po wizycie ogólnej informował o wynikach badań laboratoryjnych i dalszym sposobie leczenia.

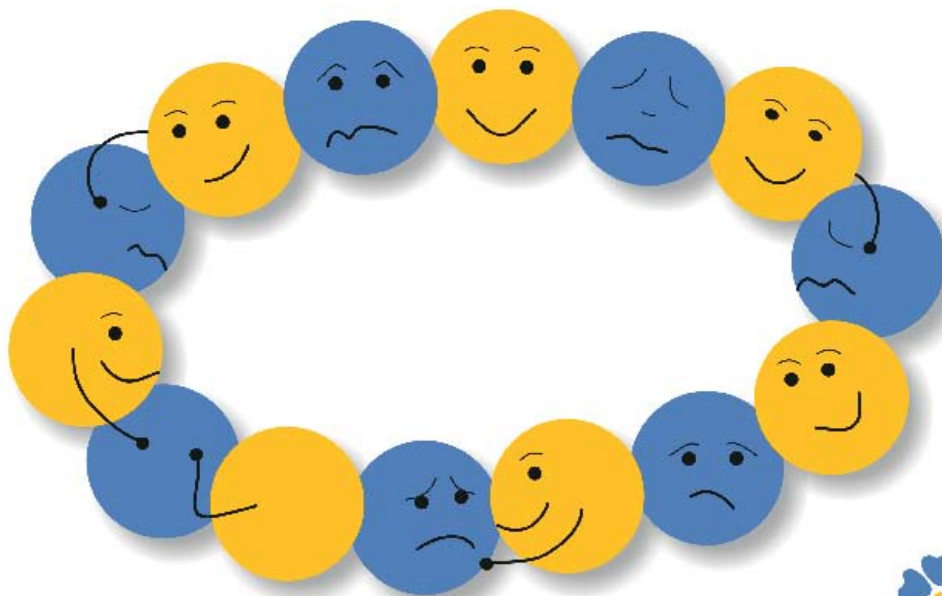
Stan mojego zdrowia uległ znacznej poprawie. Po podanych mi lekach pierwszy raz od kilku tygodni mogłem spokojnie i bez bólu przespać noc oraz normalnie funkcjonować w ciągu dnia.

Jutro po dziesięciu dniach badań i leczenia opuszczam szpital.

Pragnę na ręce pana ordynatora Jana Szewieczka złożyć podziękowanie dla całego personelu oddziału geriatrycznego a szczególnie prowadzącemu mnie panu doktorowi Jerzemu Paprockiemu za troskliwą opiekę.

Mam nadzieję iż podobne podejście do pacjenta jakiego doświadczyłem w Szpitalu Ochojeckim na oddziale geriatrycznym doznam w trakcie dalszego leczenia, które mnie czeka





Rola grup wsparcia w opiece nad chorymi z chorobami otępiennymi

Szanowni Państwo.

W imieniu Zarządu oraz Członków Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego zwracamy się z uprzejmą prośbą o udzielenie wsparcia finansowego.

Jako organizacja pozarządowa „non profit”, nie czerpiąca korzyści materialnej ze swojej działalności, Stowarzyszenie może funkcjonować dzięki uprzejmości i szczodrości Darczyńców.

Pozyskiwane przez nas środki są w całości wykorzystywane na działalność statutową naszej organizacji, możemy sprawować opiekę nad swoimi członkami i ich rodzinami oraz służyć potrzebnymi informacjami i wsparciem.

Choroba Alzheimera jest postępującym procesem, który w efekcie uszkadza mózg i powoduje u chorych całkowitą zależność od osób drugih.

Jako że nie da się tego schorzenia wyleczyć, pozostaje tylko kontrolowanie jego przebiegu i spowolnienie jego postępowania.

Mimo to, Stowarzyszenie robi co w jego mocy, by poprawić jakość życia członków i służyć im każdą dostępną pomocą.

Bylibyśmy ogromnie wdzięczni, gdyby wsparli Państwo naszą inicjatywę i uczynili dalszą działalność łatwiejszą.

Żywimy ogromną nadzieję, że dzięki wspólnej inwencji, chorzy na chorobę Alzheimera będą mogli się poczuć częścią społeczeństwa.

*Z poważaniem
Zarząd Stowarzyszenia*

Babciu, Dziadku – proszę do stołu!

RYBY

Prawdopodobnie biuletyn ten trafi do Czytelników w okresie Bożego Narodzenia i Nowego Roku i dlatego w dzisiejszym spotkaniu podzielę się refleksją na temat podstawowego dania na wigilijnym stole.

Ryby zawierają tak wiele ważnych substancji odżywczych, że powinny stanowić jeden z głównych składników diety. Zaledwie 100 gramowa porcja ryby dostarcza od jednej trzeciej do połowy dziennego zapotrzebowania na białko. Większość ryb jest także bardzo dobrym źródłem witaminy B12, niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego, oraz jodu potrzebnego do skutecznego funkcjonowania tarczycy.

Łuste ryby, takie jak łosoś czy śledź, mają prawie dwa razy więcej kalorii niż ryby o białym mięsie. Oleje rybne, w których przeważają kwasy nienasycone /omega-3/, przynoszą organizmowi wiele korzyści, w przeciwieństwie do tłuszczów zwierzęcych, które zawierają dużo szkodliwych dla zdrowia nasyconych kwasów tłuszczowych.

Kwasy tłuszczowe omega-3 chronią przed chorobami serca i problemami z układem krążenia. Mogą również zmniejszać zagrożenie zakrzepicą oraz poprawiać przepływ krwi przez małe naczynia krwionośne. Naukowcy odkryli również, że kwasy tłuszczowe omega-3 są niezbędne do prawidłowego rozwoju oczu i mózgu. Obecnie zaleca się, by dziennie spożywać nie mniej niż 0,2 grama kwasów tłuszczowych omega-3.

Gatunki ryb białych

■ Dorsz

Jest bardzo dobrym źródłem witaminy D i A znajdującej się w wątrobie ryby. Mięso dorsza zawiera mniej tych witamin, ma też mało tłuszczu, ale jest bardzo dobrym źródłem witaminy B12. Dorsz solony albo wędzony nie jest zalecany dla osób z nadciśnieniem z powodu dużej zawartości sodu.

■ Płaszczki

Ryby do których zalicza się solę, płastugę, flądre mają niewielkie ilości tłuszczu, dużo białka i witaminy B12. Bardzo polecane jest przyrządzanie tych ryb na grillu, bo smażenie zwiększa kaloryczność nawet 4 razy.

Gatunki tłustych ryb

■ Tuńczyk

Jest bardzo dobrym źródłem witaminy D i B12 oraz kwasu tłuszczowego omega-3. W puszcze ryba ta zachowuje wysoka zawartość witamin, ale traci kwas tłuszczowy omega-3 podczas przygotowywania konserw.

■ Makreła

Zawiera dużo witaminy D, selenu i omega-3.

■ Śledź

Dość dobre źródło omega-3. Należy do produktów łatwo psujących się i dlatego jest konserwowany na wiele sposobów / marynowanie, solenie, wędzenie / i nie może być polecany dla chorych na nadciśnienie tętnicze. Zdrowszym sposobem przyrządzania jest gotowanie, smażenie lub grillowanie. Smażenie nie zwiększa w rybie zawartości tłuszczu, gdyż w trakcie obróbki termicznej olej wypływa z ryby.

■ Sardynki

Dobre źródło białka, żelaza i cynku.

■ Łosoś i pstrąg

Ryby te są bardzo dobrym źródłem białka, zawierają kwasy tłuszczowe omega-3, witaminy A, B12, i D.

Ryby hodowlane, zawierają podobny poziom kwasów tłuszczowych omega-3, jeśli ich karma jest podobna do tej, którą spożywają ryby żyjące w warunkach naturalnych

■ Karp

Jest wciąż najpopularniejszą rybą na wigilijnym stole. Z trzech odmian karpia hodowanego w naszym kraju karp królewski jest największy i najsmaczniejszy. W ten jeden dzień w roku, zapominając o innych walorach, staramy się przygotować tę rybę w sposób najsmaczniejszy. Najbardziej popularne danie to nadal karp smażony, ale równie popularny staje się karp w galarecie. Chciałam też przypomnieć, że karp po polsku, w tzw. szarym sosie gotowanym na piwie z orzechami, migdałami, rodzynkami, zaprawiany karmelem lub pokruszonymi piernikami, trafia coraz częściej na nasze stoły jako potrawa tradycyjna.

Gożąco zachęcam, aby po świętach przeanalizować spożywane na co dzień produkty. Nawet niewielkie zmiany w sposobie odżywiania mogą mieć ogromny wpływ na zdrowie każdego z nas. Dania z ryb powinny znaleźć się w naszym jadłospisie kilka razy w tygodniu.

Z gorącymi życzeniami, aby Maleńki, Wielki, Tajemniczy, Dzieciątko Jezus, które przyjdzie do naszych domów, wypełniło serca nasze radością i nadzieją.

*Lek.med. Urszula Kanik
Internista*

Zespół słabości/ kruchości

(ang. frailty syndrome)

Zespół słabości to stan narastającego osłabienia i utraty sprawności fizycznej, związany z patologicznie przyspieszonymi procesami starzenia.

Zespół ten charakteryzuje się zmniejszeniem rezerw i odporności na czynniki stresogenne, co wynika ze skumulowania się obniżonej wydolności różnych systemów/układów fizjologicznych, oddziaływań na organizm samego procesu starzenia się, współistnienia wielu chorób oraz czynników środowiskowych.

U chorych z zespołem słabości ryzyko załamania homeostazy i niesprawności jest znaczne.

Chorym z tym zespołem należy poświęcić szczególną uwagę, gdyż ryzyko, niesprawności, instytucjonalizacji (w tym hospitalizacji) i zgonów jest duże a z drugiej strony wiele elementów zespołu słabości można odwrócić pod warunkiem ich właściwego zdiagnozowania.

Zespół słabości (zgodnie z koncepcją Fried) rozpoznajemy gdy współistnieją co najmniej 3 z 5 wymienionych czynników:

1. Niezamierzony spadek masy ciała (co najmniej 4,5 kg w ciągu roku),
2. Uczucie zmęczenia, wycieńczenia lub wyczerpania: „wszystko co robię robię jest wysiłkiem”,
3. Osłabienie siły mięśniowej (badane siłą uścisku dłoni),
4. Wolne tempo poruszania się (spowolnienie chodu),
5. Mała aktywność fizyczna.

Brak jest dokładnych danych epidemiologicznych dla populacji polskiej, szacuje się że zespół słabości dotyka około 6,7% populacji osób starszych, przy czym obserwuje się jego wzrastającą wraz z wiekiem częstość przekraczającą 30% wśród osób w wieku 75-80 lat i 50% wśród osób powyżej 80 roku życia.

Do objawów zespołu słabości należą:

- sarkopenia czyli utrata masy mięśniowej (obwód łydki w połowie jej wysokości <31 cm jest typowy),
- spadek masy ciała i niedożywienie,
- zmniejszenie siły mięśniowej
- zmniejszenie tolerancji wysiłku,
- spowolnienie ruchowe,
- zaburzenia równowagi,
- zmniejszona aktywność fizyczna,
- pogorszenie funkcji poznawczych,
- zwiększona wrażliwość na działanie czynników stresogennych.

Do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia zespołu słabości zalicza się:

- zaawansowany wiek,
- zaburzenia widzenia,
- upośledzenie funkcji poznawczych,
- obniżony nastrój,
- słabość kończyn,
- zaburzenia chodu i równowagi,
- stosowanie leków uspokajających,
- współistnienie wielu chorób przewlekłych.

Należy pamiętać że zespół słabości nie jest równoznaczny z procesem starzenia się ani z niepełnosprawnością. U starszych chorych z rozpoznanym zespołem słabości częściej możemy się spodziewać:

- nietypowych objawów chorób,
- obecności wielkich problemów geriatrycznych,
- nieproporcjonalnej utraty niezależności,
- wczesnych i poważnych powikłań
- powolnego i tylko częściowego powrotu do zdrowia po uprzednim zachorowaniu.

Konsekwencją zespołu słabości jest często niesprawność fizyczna, utrata samodzielności oraz potrzeba zapewnienia choremu opieki instytucjonalnej.

Profilaktyka i postępowanie z chorymi z zespołem słabości obejmuje:

1. unikanie stosowania zbyt wielu leków (polipragmazji)
2. ocena funkcji poznawczych i nastroju chorego,
3. uruchamianie (łóżko jest złe- ang. bed is bad),
4. poprawa stanu odżywienia.

Aktywność fizyczna jest jedyną metodą zapobiegającą utracie siły mięśniowej. Podczas rehabilitacji chorego należy uwzględnić ćwiczenia oporowe, które zwiększają siłę mięśniową i wydolność fizyczną.

Cenne wskazówki dla opiekunów:

- Nawet niewielkie zmiany mogą prowadzić do znacznego usprawnienia chorego (odpowiednio dopasowana proteza zębowa, odpowiednie obuwie, laska, chodzik, okulary, aparat słuchowy)
- Zdrowe odżywianie się oraz regularna aktywność fizyczna mogą zapobiec lub opóźnić wystąpienie zespołu słabości, a nawet spowodować jego cofnięcie się u osobom dotkniętym.

*dr n. med. Agnieszka Batko-Szwaczka
Oddział Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych,
Pododdział Geriatryczny,
Katowice, Ochojec.*

Grupa wsparcia

Spotkajmy się – przyjdź – porozmawiaj

Ruszaj (się) z nami!

Nie od dziś wiadomo, że ruch to zdrowie. Odpowiednio dostosowana do wieku i możliwości aktywność ruchowa może zdziałać cuda z naszym organizmem – dotlenia się mózg, pracuje układ szkieletowo-mięśniowy, poprawia się nastrój. Dla osób z AD ruch ma podwójnie dobroczynne działanie – oprócz dobrej zabawy i ćwiczeń dla zdrowia jest też ważnym elementem codziennej rehabilitacji.

Mając na uwadze powyższe, nasze Stowarzyszenie zorganizowało w ubiegłym roku krótki wyjazd dla swoich Podopiecznych i ich Opiekunów. Za cel przeznaczenia obrana została malownicza, znana ze swych atrakcji turystycznych i zdrowotnych, Rabka Zdrój. Wyjazd miał miejsce we wrześniu i trwał tydzień, a przez cały ten czas nie było ani chwili nudy.

To pierwszy taki turnus zorganizowany przez Stowarzyszenie – i na pewno nie ostatni, wnioskując po tym, jak wielkim sukcesem się okazał.

Prawa, lewa

Jedną z form aktywności, do jakiej zachęceni byli uczestnicy turnusu, były spacery z kijami do Nordic Walking. Przechadzki odbywały się codziennie, w porze porannej lub popołudniowej, a tempa nadała im mgr Tatiana Lewicka, przewodnik Nordic Walking.

Ten rodzaj spacerowania wpływa na nasz organizm na kilka sposobów – jest świetny, żeby oderwać się od codziennych problemów i pomyśleć trochę

o „niebieskich migdałach”. A kiedy umysł odpoczywa, ciało pracuje... Nordic Walking aktywizuje wszystkie grupy mięśni i doskonale synchronizuje ich pracę. Co ważne, osoba wykonująca takie ćwiczenie wcale się przy tym nie męczy, więc można wędrować do woli. Nasze spacerowały trwały od godziny do dwóch, i nikt nie narzekał na nadmierne wyczerpanie

Chwila skupienia

W trakcie trwania turnusu codziennie odbywały się ćwiczenia poznawcze, prowadzone przez mgr Tatianę Lewicką oraz mgr Małgorzatę Bujak. Ćwiczenia takie służą poprawie ogólnej sprawności poznawczej chorych, a ich celem jest jak największe odsunięcie w czasie spadku aktywności umysłowej. Można powiedzieć, że uczestnicy naszego turnusu codziennie odbywali terapię, która potrzebna jest im także na co dzień.

Różnorodność zajęć oraz odpowiedni sposób prowadzenia ich był wystarczającą zachętą dla pacjentów, a najlepszym dowodem na przyjazną atmosferę były śmiechy dochodzące zza drzwi Sali ćwiczeń. W takich warunkach każdy pacjent rozkwita!

Rekreacja

Wyjazd służył głównie celom zdrowotnym, jednak pobyt w miejscu tak malowniczym i słynącym z wielu atrakcji turystycznych niejako oblił nas do poddania się urokowi Rabki i okolic. Jeden





**Zapraszamy na comiesięczne spotkania opiekunów osób chorych.
Spotkania odbywają się w każdy drugi piątek miesiąca.
Miejsce spotkań – salka konferencyjna kliniki neurologii w Katowicach-
-Ligocie godz.14.00
W spotkaniu biorą udział zaproszeni przez was specjaliści.
Spotkania prowadzą: mgr Małgorzata Bujak – tel. 508 045 085
mgr Tatiana Lewicka – tel. 660 134 763**

dzień turnusu został więc przeznaczony na rekreację – oprócz zwiedzania samej Rabki w ramach czasu wolnego od zajęć, pojechaliśmy na wycieczkę do Zakopanego.

Spacer po Krupówkach, okraszony widokiem gór i świeżym, zdrowym powietrzem, także przysłużył się naszym Podopiecznym. Był to czas na doładowanie naszych akumulatorów, zrelaksowanie się i przygotowanie do dalszej pracy nad własną kondycją fizyczną i umysłową, a wszystkiemu z daleka przyglądał się milcząco Śpiący Rycerz.

Wyjazd okazał się strzałem w dziesiątkę. Forma zajęć była ciekawa i inna od tego, jak na co dzień pra-

cują chorzy z AD. Przebywanie w grupie, „wśród swoich”, dużo dało osobom potrzebującym wsparcia, a przy okazji stanowiło dodatkową mobilizację do pracy. Urokliwa Rabka Zdrój oraz piękne okoliczności przyrody, złota polska jesień w pełnej krasie, a także rześkie i świeże powietrze same w sobie były nagrodą za trud włożony w wypracowanie postępów. Atmosfera całego wyjazdu na długo pozostanie w pamięci Podopiecznych Stowarzyszenia, ich Opiekunów, ale także organizatorów wyjazdu – to była prawdziwa przyjemność, móc uczestniczyć w tak udanym i zacnym przedsięwzięciu.

Do zobaczenia następnym razem!



Wędrowanie w Chorobie Alzheimerera

W okresie wczesnym choroby dochodzi do ubytków w pamięci świeżej, problemów językowych, chwiejności nastroju i zmian osobowości. Pacjent zaczyna mieć trudności z wykonywaniem rutynowych czynności. Upośledzone zostaje myślenie abstrakcyjne oraz zdolność prawidłowej oceny sytuacji.

W fazie pośredniej człowiek traci zdolność zapamiętywania i odtwarzania nowych informacji. Charakterystyczną cechą na tym etapie jest bezcelowe wędrowanie, nieprzyjazne zachowania, przypadki fizycznej agresji czy utrata poczucia czasu i miejsca.

W stadium ciężkim pacjent nie chodzi, traci kontrolę nad mięśniami zwieraczy. Występuje całkowity zanik pamięci świeżej i długotrwałej. Dochodzi do utraty zdolności mowy, połykania i jedzenia.

Wędrowanie jest problemem poważnym, często występującym dlatego wymaga osobnego omówienia. Niestety 60% osób cierpiących na Chorobę Alzheimerera ucieka, wędruje bez celu i planu często tracąc orientację w terenie. Niepokój, strach, niepewność odnośnie czasu, niezdolność rozpoznania znanych miejsc, ludzi i przedmiotów to najczęstsze przyczyny wędrowania. Nieustanna potrzeba przemieszczania powoduje, że trudno chorego utrzymać w domu, uniemożliwia to jednak umieszczenie w domach pobytu dziennego. Stwarza zagrożenie dla chorego, zwiększając ryzyko że znajdzie się w niebezpiecznym dla siebie miejscu np. na ruchliwej ulicy. Czasem wędrowanie wynika z zagubienia się. Zdarza się, że chory wychodzi z domu w znajome miejsce, po czym gubi się próbując wrócić. Wędrowanie nasila się po przeprowadzce do nowego domu, w którym zmianom ulega najbliższe środowisko chorego. Chorzy wędrują od czasu do czasu bez konkretnego celu. U niektórych chorych można obserwować zachowanie polegające na ciągłym, niespokojnym zrywaniu się i chodzeniu. Prawdopodobnie jest wynikiem specyficznego uszkodzenia mózgu. Gdy wędrowanie jest nasilone może powodować obrzęki stóp.

Duża część chorych wędruje w nocy. Co stanie się nie tylko niebezpieczne dla chorych, ale także uciążliwe dla opiekunów. W podeszłym wieku zmniejsza się potrzeba snu. Wielu z nich podsypia w ciągu dnia i ich wysiłek w ciągu dnia nie jest tak duży by potrzebowali długiego wypoczynku nocnego. Codzienne zmaganie z mylącymi bodźcami ze środowiska bywa tak męczące, że pod wieczór tolerancja chorego na stres maleje. Wszystko to prowadzi do rozregulowania zegara wewnętrznego. Często też nie potrafią rozróżnić świata realnego od snu. Starsi ludzie źle widzą w półmroku, co może nasilać ich dezorientację. Osoba z otępieniem ma większą skłonność do panikowania i upośledzoną umiejętność mobilizowania się do logicznego myślenia. Wędrowanie może wyrażać niepokój, znudzenie albo potrzebę ruchu. Dla osób przez całe życie ak-

tywnych może być formą realizowania potrzeby bycia czynnym ruchowo.

Optymalnym sposobem wyeliminowania wędrowania będzie próba znalezienia jego przyczyny. Jeśli wynika z gubienia się, a chory jest w stanie jeszcze czytać instrukcje, powinien nosić w kieszeni instrukcje np. „zadzwoń do domu”, „poproś przechodnia o pomoc”. Ważne, aby był wyposażony w opaskę z imieniem i nazwiskiem jak również numerem telefonu. Jeśli konieczna jest przeprowadzka chorego lepiej wykonać ją stopniowo i to we wczesnym okresie choroby. Niektórzy uważają, że wędrowanie można ograniczyć, zapewniając choremu dużą dawkę wysiłku fizycznego. Przebywając w domu należy ich zająć prostymi czynnościami np. ścieraniem kurzu, pomocą w kuchni co wyraźnie zmniejsza niepokój. W godzinach wieczornych warto zredukować ilość rzeczy, które dzieją się w otoczeniu chorego, należy spróbować przenieść życie rodzinne w inne miejsce z dala od chorego. W godzinach wieczornych jest zawsze więcej osób w domu, włączamy telewizor, robimy kolacje, pomagamy dzieciom w zadaniach itd.

Kolejnym sposobem zmniejszającym lub eliminującym wędrowanie jest wprowadzenie leczenia farmakologicznego.

Obserwacje kliniczne wskazują na korzystny efekt działania inhibitorów cholinesterazy. W świetle prowadzonych aktualnie badań przyjmuje się, że zasadą leczenia inhibitorami esterazy cholinowej jest podawanie maksymalnej dobrze tolerowanej dawki dobowej, indywidualnie dobranej dla danego pacjenta. Podkreśla się znaczenie drogi podania leków stąd wprowadzenia systemu przekórnego podania rywastygminy (Exelon TTS) stanowi postęp w terapii choroby Alzheimerera. Wiąże się to z istotną redukcją objawów ubocznych, wynikające m. in. z faktu większej i szybszej stabilizacji poziomu tego leku w surowicy krwi, istotnie przyspiesza osiągnięcie dawki terapeutycznej. Należy przede wszystkim podkreślić, że inhibitory cholinesterazy, a szczególnie rywastygmina posiada działanie redukujące objawy zaburzeń zachowania i psychiczne w otępieniu (BPSD), przewyższając pod względem efektywności donepezylu i galantaminy i jako jedyna ma potwierdzoną w badaniach klinicznych zmniejszoną potrzebę stosowania neuroleptyków w fazie łagodnej i umiarkowanej choroby Alzheimerera.

W zaawansowanych stadiach choroby niejednokrotnie konieczne staje się stosowanie polipragnazji. Stąd potrzeba stosowania dodatkowych leków o działaniu objawowym: przeciwpsychotycznym, przeciwłękowym oraz przeciwdepresyjnym. Powszechnie stosowane są klasyczne neuroleptyki, jednak z uwagi na liczne objawy niepożądane: zespoły pozapiramidowe, zaburzenia rytmu serca, upadki zaleca się stosowanie małych dawek tylko przez krótki okres czasu.

Alternatywą mogą być leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji (alanzapina, risperidon), znacznie bezpieczniejsze. Skuteczne okazało się też stosowanie leków przeciwdrgawkowych (karbamazepiny, kwasu walproinowego) w dawkach niższych niż w padaczce. Benzodiazepiny, często stosowane są generalnie nieprzebadane, ewentualnie stosuje się preparaty krótkodziałające. Spośród leków przeciwdepresyjnych najbezpieczniejsze okazują się inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny(badania dotyczą głównie citalopramu i sertraliny). Ze względu na efekt antycholinergiczny należy unikać

stosowanie trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych, takich jak amitryptylina, imipramina czy doksepina.

Tomasz Sobów „Praktyczna psychogeriatrya” Wrocław 2010

Nancy L. Mace Peter V. Rabins „36 godzin na dobę” Medipage 2005

Tadeusz Parnowski „Choroba Alzheimera” PZWL Warszawa 2010

Jerzy Leszek „Choroby otępienne teoria i praktyka” Continuo 2011

Opisz mój świat...

Kontynuując poprzedni temat dotyczący zaburzeń komunikowania się, które powstają w przebiegu choroby Alzheimera (AD), chciałabym zaproponować wykorzystanie metody Piktogramów do ułatwienia osobie chorej i opiekunowi porozumiewania się.

Piktogramy, czyli znaki graficzne towarzyszą nam w życiu codziennym – są na przejściu dla pieszych, przystanku tramwajowym, sklepie, kawiarni, itp. Nawet jeżeli nie są podpisane widząc taki znak łatwo „odczytać” jego znaczenie. W przypadku AD, kiedy coraz trudniej jest przypominać sobie słowa, a mowa staje się uboga, Piktogramy mogą wspomóc codzienne czynności, poruszanie się po mieszkaniu, zaplanowanie dnia.

Najlepszym miejscem dla osoby z chorobą otępienną jest jego dom, w którym zadbamy nie tylko o wygodę, ale także bezpieczeństwo, stwarzając przyjazne „środowisko terapeutyczne”. Aby osoba chora łatwiej poruszała się po mieszkaniu warto oznaczyć pomieszczenia znajdujące się w nim, np. łazienkę, kuchnię, salon.

Pomocne piktogramy:



Rolą opiekuna jest dbałość o zaspokajanie potrzeb bio-psycho-społecznych, które zgodnie z definicją rozumiane są jako składnik osobowości. Wiążą się z odczuwaniem braku czegoś, co ma znaczenie dla życia jednostki. Potrzeba jest to napięcie wewnętrzne organizmu dynamizujące, aktywizujące i ukierunkowujące czynność zdobywania tego, co jest ważne, niezbędne i konieczne dla normalnego funkcyj-

wania człowieka. By człowiek mógł normalnie funkcjonować jako istota bio-psycho-społeczna muszą być zaspokojone potrzeby: -biologiczne(odżywianie, oddychanie)-psychiczne(miłości, bezpieczeństwa)-społeczne(samorealizacji, uznania, akceptacji). W przypadku osób z AD kluczową jest potrzeba bezpieczeństwa, którą może zaspokoić znane otoczenie oraz wprowadzony pewien „rytuał dnia”. Dotyczy wprowadzenia pewnych stałych czynności o stałych porach- śniadanie, kąpiel, spacer, itp. lub w dłuższym przedziale czasu.

Pomocne piktogramy:



Piktogramy to także dobra okazja do podtrzymywania rozmowy i prostych ćwiczeń logopedycznych, których celem jest utrwalanie różnych nazw, budowanie zdań, trening pamięci. Do tego typu ćwiczeń pomocne są tzw. tablice tematyczne, które zawierają Piktogramy związane z jedną kategorią lub tematem. Piktogramy są powszechnie uznaną metodą tzw. komunikacji zastępczej. Pomagają w łatwy i prosty sposób porozumiewać się opiekunowi i podopiecznemu.

Warto zwrócić na nie uwagę i przekonać się do innej metody prowadzenia „rozmowy”, bo piktogramy zastępują słowa, których osobom z AD zaczyna brakować.

Zachęcam do spróbowania.

*Tatiana Lewicka – specjalista neurologopeda,
SP CSK ŚUM Katowice*

Zagubieni w alzheimerze

Choroba okrutnie atakuje nie tylko mózg, ale i ludzkie więzy. Chory zamyka się w swoim świecie. Niby jest, ale jakby coraz mniej. Alzheimer zadaje ból pacjentowi i jest przyczyną ogromnego cierpienia jego bliskich.

Choroba Alzheimera może trwać nawet kilkanaście długich lat i praktycznie nie ma nadziei na wyliczenie. Znane dziś leki mogą jedynie spowalniać przebieg. Alzheimer systematycznie niszczy ludzki mózg, uszkadzając bezpowrotnie po kolei jego funkcje. Kończy się na całkowitej niesprawności umysłowej i ruchowej, śmierć przychodzi najczęściej na skutek powikłań. Każda choroba jest cierpieniem dla samego chorego, to oczywiste. Jednak alzheimer – jak chyba żadna inna choroba – dotyka tak boleśnie najbliższe osoby.

Kto mi schował okulary?

Zaczyna się od drobnych ubytków pamięci. W 2001 roku wodowano lotniskowiec, któremu nadał imię Ronalda Reagana. Był amerykański prezydent cierpiał już wtedy na alzheimera. Nie mógł uczestniczyć w uroczystości. Kiedy przywieziono mu pamiątkową czapkę, zapytał: „Ale dlaczego nazwano okręt moim imieniem?”. Nie pamiętał, że przez 8 lat stał na czele światowego mocarstwa. – U mojej babci było tak. Szła ulicą i nagle uświadomiła sobie, że jest 500 metrów dalej. Jakby ktoś wyłączył jej na jakiś czas świadomość – wspomina nasz redakcyjny kolega Leszek Śliwa. – Mama też miała alzheimera. U niej zaczęło się od tego, że weszła kiedyś do swojego pokoju i zobaczyła samą siebie, jak podlewa kwiatki.

Choremu wylatują z pamięci imiona i nazwiska osób dobrze znanych, łatwo irytuje się bez powodu. Nieraz zaczyna brakować mu słów. Chowa klucze, okulary, pieniądze i nie potrafi ich odnaleźć. Oskarża bliskich, że mu je schowali. Reakcją na te pierwsze symptomy bywa zamknięcie się w sobie, czasem próba jakiegoś wzięcia się w garść, np. przez pisanie karteczek z przypomnieniem. Chory zaczyna koncentrować się w dziwny sposób np. na jakimś wzorze na obrusie. Mój ojciec zauważył w wannie odprysk lakieru, który potraktował jako płamę. Zaczął tak intensywnie ją „czyścić”, że zdarł lakier na powierzchni kilkunastu centymetrów. Codzienna aktywność chorego coraz bardziej się dezorganizuje. Nie potrafi odnaleźć drogi do mieszkania, często ma ochotę iść nie wiadomo dokąd. Bliscy uświadamiają sobie, że coś złego zaczyna się dziać, ale niełatwo uznają, że to choroba, którą powinno się zdiagnozować, podawać leki i podjąć decyzje dotyczące opieki i zorganizowania na nowo życia w domu.

Rozwój choroby

Alzheimer jest najczęstszym, choć tylko jednym

z wielu schorzeń prowadzących do zespołu skutków, które nazywane są otępieniem lub demencją. Otępienie jest upośledzeniem pamięci, myślenia, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, języka, zdolności oceny sytuacji. Liczbę chorych na chorobę Alzheimera na świecie szacuje się na 15–21 milionów, w Polsce na ok. 350 tysięcy. Występowanie tej choroby gwałtownie wzrasta z wiekiem. Dr Stanisław Ochudło, neurolog z Katowic, wspomina, że jego najmłodszy pacjent cierpiący na otępienie miał lat 42. Po 65. roku życia na alzheimera i podobne choroby zapada kilka procent populacji. Im jesteśmy starsi, tym większe ryzyko. Po 85. roku życia na zaburzenia otępienne cierpi już połowa seniorów. Dzięki postępom medycyny żyjemy coraz dłużej, w związku z tym liczba osób zapadających na demencję będzie rosła.

Choroba postępuje w różnym tempie u różnych ludzi. Nastroje osoby, którą dotyka, mogą się zmieniać co chwilę. Proste obowiązki stają się niemożliwe do wykonania, co może wywołać niepokój, złość lub przygnębienie. Chory nie panuje nad swoimi reakcjami, np. może być wybuchowy lub niespokojnie chodzić po mieszkaniu. Zachowania te nie wynikają ze złej woli, lecz są skutkiem uszkodzenia mózgu. Pamięta się wydarzenia sprzed lat (nieraz myląc fakty), ale zapomina to, co zdarzyło się kilka minut temu. Można mieć trudności z ubieraniem się, myciem, jedzeniem, korzystaniem z ubikacji czy układaniem prostych zdań. Pojawiają się kłopoty przy poruszaniu się, z rozpoznaniem najbliższych osób. W nocy chory może budzić się co dwie, trzy godziny, wstawać, ubierać się, próbować wyjść z mieszkania itd. Niektórzy doświadczają omamów, słyszą, widzą lub czują coś, czego nie ma. W końcowych stadiach otępienia chory nie wstaje z łóżka, potrzebuje pamperśców, traci zdolność porozumiewania się, zamyka się w świecie swojego cierpienia. Wymaga stałej opieki pielęgniarzkiej.

Walka z niewidzialnym wrogiem

– Na początku cierpienie dotyka samej chorej osoby, która czuje się coraz bardziej zagubiona w codziennym funkcjonowaniu. Z czasem coraz więcej cierpienia przenosi się na opiekunów – podkreśla dr Stanisław Ochudło. – Najczęściej opiekunem jest żona lub mąż, rzadziej dzieci, częściej córka niż syn. Cierpienie płynie stąd, że między chorym a opiekunem istnieje na ogół silna więź, miłość po prostu. A choroba w pewnym sensie atakuje właśnie to „miejsce”. Dotyka tych relacji, uszkadza je.

Chory nie rozpoznaje najbliższej osoby, czułość i opiekę odwzajemnia niechęcią, agresją, złośliwością. Te reakcje nie wynikają z woli pacjenta, ale z jego choroby. To wymaga od opiekuna wielkiej cierpliwości.

Choroba dotyka ludzi mających więcej niż 65 lat, więc żona lub mąż są w podobnym wieku i często sami chorują, są zwyczajnie zmęczeni życiem. A opieka nad chorymi na otępienie jest potężnym obciążeniem fizycznym, psychicznym, finansowym, duchowym. Dr Ochudło: – Jest rzeczą pewną, że najlepszym miejscem dla chorego jest jego własny dom. Jeśli człowiek z otępieniem trafia do szpitala, to natychmiast pojawia się nasilenie otępienia.

Ponad 90 proc. chorych w Polsce przebywa w domu od początku choroby aż do śmierci. Ilość czasu, którą trzeba im codziennie poświęcić, wzrasta z upływem lat. Nie jest wcale przesadą stwierdzenie, że przychodzi czas, kiedy ta opieka trwa 36 godzin na dobę. A opiekunowi sił nie przybywa. Często bywa osamotniony, bezradny, dreńczony przez wyrzuty sumienia, czy zachował się właściwie. Żyje w permanentnym stresie, boi się, by chory nie wyrządził sobie jakiejś krzywdy. Opiekun toczy codziennie walkę z niewidzialnym wrogiem. Walkę, w której prędzej czy później zostanie pokonany. Najtrudniej jest przyjąć do wiadomości prawdę o chorobie. Człowiek odruchowo broni się przed zaakceptowaniem tego. Opiekun musi koniecznie nauczyć się wielu rzeczy o niej. Dotychczasowe sposoby komunikowania się zawodzą. Trzeba zrezygnować z logicznych wyjaśnień, przekonywania. Należy unikać wdawania się w dyskusje, udowadniania winy. Nie wolno więc przywiązywać wagi do pretensji, oskarżeń czy agresji ze strony chorych. Pozostaje komunikowanie się przez emocje, spojrzenie, uśmiech, dotyk, cierpliwe słuchanie i pozytywne reagowanie na prawidłową reakcję chorego. Przywiązuje się on do swojego opiekuna, staje się od niego całkowicie zależny, domaga się non stop skupiania na sobie uwagi. Dr Ochudło: – Chory staje się bezradnym dzieckiem. Kontakt trzeba więc nawiązywać na tym poziomie. Co czuje sam pacjent? Tego nie wiemy. To jest tajemnica, podobnie jak w przypadku innych chorób psychicznych. Trzeba ciągle pamiętać, że to jest nadal ta sama osoba, która ma swoją godność, której należy się szacunek.

Organizacje alzheimerowskie

W ostatnich latach powstało w Polsce ponad 30 organizacji alzheimerowskich. – Inne tego typu organizacje łączą na ogół ludzi, którzy sami chorują, np. na cukrzycę. Organizacje alzheimerowskie wyróżnia to, że zrzeszają i pomagają opiekunom. Są nastawione na ich wsparcie – wyjaśnia dr Ochudło. Kazimierz Bigo, emeryt budowlaniec, jest preze-

sem Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego, które powstało w 2005 roku. Jego członkowie wydają biuletyn, organizują spotkania grup wsparcia dla opiekunów. Planują otwarcie w Katowicach domu pobytu dziennego. Organizacja skupia wolontariuszy, którzy współpracują z lekarzami specjalistami i z lokalnymi władzami. Jako patronkę wybrali św. Weronikę. W każdym województwie działa dziś przynajmniej jedna taka organizacja. Pełny ich spis można znaleźć na stronie internetowej Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera (www.alzheimer.pl).

W Polsce brakuje domów opieki dostosowanych do potrzeb osób z tą chorobą. Opiekunowie narzekają, że istniejące domy opieki społecznej nie zawsze chcą przyjmować chorych z alzheimerem. Amerykanie wyliczyli kiedyś, że to najdroższa z chorób nękających ludzkość. Wynika to nie tyle z kosztów leczenia, co z nakładów, jakie ponosi rodzina, opiekunowie i społeczeństwo. W Kamesznicy w Beskidzie Żywieckim siostry sercanki prowadzą prywatny całodobowy dom opieki, w którym aktualnie przebywa 40 chorych kobiet. Koszt pobytu wynosi tam 60 zł za dzień. – Lista czekających na miejsce liczy dziś ponad 50 osób – mówi siostra Rafała Golonka. – Aktualnie trwają prace nad rozbudową placówki. Docelowo będziemy mieli miejsce dla 60 pacjentów. Oddanie chorego do domu opieki może być jedynym możliwym rozwiązaniem. Wielu ludzi zostawia u nas swoich najbliższych ze łzami w oczach. My płacemy z nimi. Oni czasem nie mają już fizycznych lub psychicznych sił, by się dalej zajmować swoim podopiecznym. Nawet największa miłość bywa bezsilna wobec tej choroby.

ks. Tomasz Jaklewicz

Tekst ukazał się „Gościu Niedzielnym” - nr 07/2011 r.



HENRYK PRZONIZIONO / GOŚĆ NIEDZIELNY



Nowość

w pielęgnacji skóry

OLVIZONE

krem hipoalergiczny
zawiera ozonowaną oliwę z oliwek



Natłuszcza, nawilża,
wspomaga regenerację skóry

Olvizone jest zalecany
przez specjalistów w przypadku:

- ✓ suchej skóry
- ✓ oparzeń
- ✓ profilaktyki
i pielęgnacji odleżyn
- ✓ podrażnienia skóry
po radioterapii

Olvizone został przebadany przez:

- Narodowy Instytut Leków
- Centrum Onkologii - Instytut w Gliwicach
- Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- Fundację Hospicjum Onkologiczne w Warszawie

op. tuba 100 ml

Dostępny wyłącznie w aptekach

Producent: Vipharm S.A.
www.vipharm.com.pl