

ALCHAJMEROVA BOLEST

**Piše: doc.dr med.sci
Dževdet Smajlović**



Mozak i na početku trećeg milenijuma ostaje vjerovatno najveća medicinska i naučna nepoznanica. Zbog toga je ovaj "maestro organa" svakako zaslužio da se sa njim na čelu završi dvadeseti vijek, koji će po mnogo čemu zlatnim slovima ostati zaspisan u istoriji medicine.

Razvoj neurološke nauke, podstaknut i "Dekadom mozga" (1990.-2000.) donio je čitav niz novih saznanja o funkcionisanju mozga u zdravlju i bolesti. Međutim, i pored velikog broja "revolucionarnih" otkrića u svim naučnim poljima medicine koja smo dobili u dvadesetom vijeku, i pored izvanrednog napretka u otkrivanju, dijagnozi i liječenju zavidnog broja različitih bolesti, i pored toga što je priličan broj ranije "neizliječivih" bolesti danas skoro u potpunosti iskorjenjen, mozak i na početku trećeg milenijuma ostaje vjerovatno najveća medicinska i naučna nepoznanica. Zbog toga je ovaj "maestro organa" svakako zaslužio da se sa njim na čelu završi dvadeseti vijek, koji će po mnogo čemu zlatnim slovima ostati zaspisan u istoriji medicine.

Neurodegenerativna bolest

Medicinska zainteresovanost za "stariju populaciju" je u ekspanziji u posljednjih nekoliko decenija, uglavnom zbog toga što je povećanje prosječne dužine života dovelo do toga da je broj osoba stare životne dobi u značajnom porastu, a time i broj izvjesnih oboljenja "tipičnih" za ovu starosnu populaciju. Na jednom od vodećih mjesta "tipičnih" za stariju životnu dob nalaze se neurodegenerativne bolesti, među kojima su najbrojnije demencije.

Alchajmerova bolest je sporo, progresivno, neurodegenerativno oboljenje od kojeg obolijevaju uglavnom osobe starije životne dobi. Bolest je dobila ime po njemačkom neurologu Alojzu Alchajmeru (Alois Alzheimer, 1864-1915). Etiološki faktori za nastanak Alchajmerove bolesti nisu poznati, međutim u epidemiološkim studijama su identifikovani pojedini faktori rizika za nastajanje ovog oboljenja. Glavni faktor rizika za nastanak Alchajmerove bolesti je dob i rizik proporcionalno raste sa godinama. Dosadašnje studije molekularne genetike su utvrdile namanje četiri nasljedna oblika Alchajmerove bolesti. Od drugih faktora rizika potrebno je napomenuti ženski pol, Daunov sindrom (trizomija 21. para hromozoma), povrede glave i nizak nivo obrazovanja.

Simptomi Alchajmerove bolesti obično počinju postepeno, gotovo neprimjetno, pa ni bolesnik niti njegova porodica ne mogu odrediti tačan početak. U početku bolesnik zaboravlja obične stvari, potom dogovore i obaveze, a potom vrlo važne činjenice iz svakodnevnog života (isključiti struju, zatvoriti plin, vodu i sl.).

Dijagnostika i liječenje Alchajmerove bolesti

U slijedećoj fazi se ne sjećaju imena bliskih rođaka i prijatelja, brojeva telefona, zanimanja, školovanja, djece. Praznine u sjećanju premoštavaju konfabulacijama (izmišljenim događajima).

Kako smetnje pamćenja postaju izraženije, tako postaju uočljivi i drugi kognitivni ispadi. Bolesnikov govor postaje usporen radi nesposobnosti pronalaženja adekvatnih riječi, a slično je i prilikom pisanja. Snalaženje u prostoru postaje otežano, zbog čega se bolesnik ne snalazi u poznatom prostoru (stan, kuća), nije sposoban pronaći put kući, voziti auto, niti slijediti upute kako pronaći cilj.

Kako bolest napreduje, bolesnik više ne zna upotrebljavati svakodnevne predmete u kući (za vrijeme jela, kuhanja, pranja, održavanja higijene) i konačno samo osnovne, prividno automatske radnje, ostaju donekle očuvane. Uporedo sa gubitkom opisanih kognitivnih funkcija vidljivi su i poremećaji praksije, rasuđivanja i ponašanja. U daljem toku bolesti bolesnik može postati apatičan i nezainteresovan, nekad nemiran i agitiran.

Počinje zanemarivati svoj izgled, postaje paranoidan, remeti se ritam sna i budnosti, javljaju se i halucinacije. Bolesnik postaje zajedljiv i sumnjičav prema članovima porodice, dok sa druge strane postaje potpuno indiferentan na događaje koji u zdravih osoba pobuđuju emocije. Zanemaruje potrebu za hranom, što dovodi do gubitka tjelesne težine.

U uznapređovalom stadijumu bolesti prisutni su znaci lezije frontalnog korteksa (primitivni refleksi, paratonija, dezinhibicija), poremećaj gutanja, gubitak kontrole sfinktera i posturalnih refleksa što bolesnika veže za krevet. U završnim fazama bolesti bolesnici su u vegetativnom stanju, sa paraplegijom u fleksiji ("fetusni položaj"), mutistični i inkontinentni. Umiru od komplikacija kao što su septikemija, pneumonija, plućna embolija, urinarna infekcija ili infekcija dekubitalnih rana. Prosječna dužina trajanja bolesti je 8 godina.

Zadatak kliničara je da primarno prepozna sindrom demencije i eventualno odredi njegov uzrok. Anamnestički podaci mogu biti korisni, ali obzirom da bolesnik sa demencijom vrlo često nije svjestan svoje bolesti, većina potrebnih podataka se dobije heteroanamnestički, od članova porodice.

Procjena pojedinačnih kognitivnih funkcija pomoću odgovarajućih neuropsiholoških testova je potrebna u postavljanju dijagnoze Alchajmerove bolesti. U kliničkoj praksi se Test minimalnog mentalnog statusa (Mini Mental State Examination-MMSE) pokazao najefikasnijim za globalnu procjenu kognitivnih funkcija. Neuroradiološke metode (kompjuterizovana tomografija-CT, magnetna rezonanca-MRI) kod pacijenata sa Alchajmerovom bolesti pokazuju uznapređovalu kortikalnu atrofiju, proširenje moždanih sulka i povećanje komornog sistema mozga.

Liječenje Alchajmerove bolesti je vrlo složen i kompleksan zadatak, te i pored toga što su oprobane desetine lijekova, još se nije došlo do zadovoljavajućih terapijskih rezultata. Inhibitori holinesteraze (takrin, donepezil, rivastigmin, galantamin) poboljšavaju holinergičku transmisiju i imaju dokazano pozitivan učinak u redukciji kognitivnih smetnji kod pacijenata sa Alchajmerovom bolesti blagog i umjerenog stepena.

Od novijih lijekova potrebno je istaći memantin koji je pokazao značajno poboljšanje kognicije i globalnog funkcionisanja pacijenata sa Alchajmerovom bolesti. Neuroprotektivni i antioksidantni lijekovi (piracetam, ginkgo-biloba, vitamin E, selegilin) mogu biti indicirani u dugotrajnoj prevenciji bolesti i neznatno poboljšavaju kognitivno funkcionisanje, ali imaju zanemarljiv učinak kada bolest postane manifestna.

U fazi ispitivanja je primjena nesteroidnih antiinflamatornih lijekova, estrogenska terapija i terapija nervnim faktorom rasta.



Istraživanje patofiziološkog mehanizma bolesti - prioritet savremene gerontologije

Bolesnici od Alchajmerove bolesti predstavljaju ne samo medicinski, nego i veliki socijalni i ekonomski problem društvu. Već u srednjem stadijumu bolesti nisu sposobni samostalno živjeti, zahtjevaju brigu i njegu od članova obitelji, profesionalnih službi ili boravak u adekvatnim institucijama. Precizna dijagnostička klasifikacija bolesnika sa demencijom potrebna je zbog osiguranja adekvatnog liječenja, davanja informacija o prognozi i mogućim genetskim rizicima, te radi organizacije njege bolesnika. Zbog činjenice da će se prevalenca Alchajmerove bolesti u budućnosti povećati, istraživanje patofiziološkog mehanizma bolesti, te adekvatna farmakoterapija jedni su od najvećih prioriteta savremene gerontologije.

Četvrti uzrok smrtnosti

Demencije, na čelu sa Alchajmerovom (Alzheimer) bolesti, su četvrti uzrok smrtnosti iza kardiovaskularnih, malignih i cerebrovaskularnih bolesti, i na njihov menadžment se godišnje u SAD izdvaja preko 50 milijardi dolara. U svijetu ima preko 18 miliona oboljelih od demencije, od čega dvije trećine od Alchajmerove bolesti, a do 2025. godine taj broj bi mogao premašiti 30 miliona.