



DEMENCIJE
- BOG TI PAMET UZE...

HB

Jedno od najvećih dostignuća medicine je produžetak ljudskog veka. Mnogima je taj produžetak vreme sreće i lepih trenutaka, ali, nažalost, postoje i oni kojima će dodatno vreme opteretiti demencija. Istraživanja akademika prof. V. Kostića, neurologa, ukazuju da je u Evropi najmanje pet miliona ljudi obolelo od demencije, dok ih je čak i nekoliko puta više pred demencijom. Procenjuje se da u svetu ima 30 miliona osoba pogođenih demencijom čiji je najčešći oblik Alchajmerova bolest. Profesor definiše demenciju kao gubitak ličnosti i funkcija. To je „stanje u kome ostaje samo jedna dirka na kompjuterskoj tastaturi – dilit (delete). Briši. Briši se sećanja, imena, lica. Nestaje pamćenje. A gubitak pamćenja je i gubitak identiteta. Obično se izjednačava sa starošću, ali demencija je bolest, a ne deo normalnog procesa starenja“.

Broj obolelih će se, prema predviđanjima, udvostručavati svakih 20 godina. Kod nas je dovoljno samo da prošetate ulicama šireg centra i sigurno je da ćete često sretati osobe starije od 65 godina na čijim licima su prazni pogledi. Svaki deseti od njih ima neki oblik demencije. Ovakva slika se danas vidi, ne samo na ulicama naših gradova, nego i na ulicama svih svetskih gradova. Ne postoji tačan podatak koliko je demencijom oboljela osoba kod nas. Ono što je sigurno jeste da smo uveliko na putu da postanemo društvo demencijom oboljelih, mada nije preterano ako se kaže da u velikoj meri to već i jesmo. Zvuči zastašujuće, ali je činjenica da je kod dve trećine obolelih propuštena pravovremena dijagnoza. Najčešće se sa postavljanjem dijagnoze kasni iz jednog jedinog razloga – zbog uverenja svih, pa i mnogih doktora da je zaboravnost neminovni pratilac starosti. Takođe se smatra da će rano obelodanjivanje ove dijagnoze osobi doneti još jednu nevolju, a to je stigmatizacija, odbacivanje od strane porodice pa i čitavog društva. Valja napomenuti da je svest o demenciji na izuzetno niskom nivou u čitavom svetu, što vodi ka opštoj stigmatizaciji i kasnoj medicinskoj pomoći. Danas, možemo sa visokom tačnošću da dijagnostikujemo demenciju bilo kog tipa. Trenutno ne postoji lek za demenciju, ali može mnogo da se učini na poboljša-

(www.so-vil.co.rs)
Piše: mr sci.med. Dragana Daruši, neurolog

Sudski veštak iz oblasti neurologije i psihologije kriminala



nju kvaliteta života obolelog i negovatelja. Postoje kriterijumi za ranu dijagnostiku, za utvrđivanje faktora rizika, postoji model za genetski uvid, imamo terapiju koja je među najsavremenijima.

Demencija se definiše kao stečeno ili permanentno sniženje dve ili više intelektualnih funkcija, odnosno mentalnih sposobnosti (na primer: pamćenje i govor, pamćenje i opažanje, orijentacija u prostoru i opažanje itd.) i vremenom se pogoršava. Demencija je sindrom, odnosno skup simptoma (smetnje koje opaža sam bolesnik) i znakova (ono što prilikom pregleda nalazi lekar), koji se javlja u oko 150 različitih bolesti. Oko pet odsto osoba posle 60 godina života boluje od neke vrste demencije. Sa svakih pet godina života, ova učestalost (prevalenca) se

Demencija je gubitak ličnosti i funkcija. To je „stanje u kome ostaje samo jedna dirka na kompjuterskoj tastaturi – dilit (delete)

udvostručava, a u grupi od 85-89 godina čak 20-22 odsto boluje od demencije.

Demencije su bolesti koje najviše opterećuju negovatelje i finansijski su najzahtevnije (očigledni i skriveni troškovi) oboljenja. Utvrđivanje uzroka demencije je od velike važnosti za lečenje i zahteva detaljan klinički pregled i dopunska ispitivanja. Naime, dr Alchajmer nije ni slutio koliko će, zapazivši prve simptome ovog oboljenja na svojoj pacijentkinji Alojzi Deter, zakoračiti u potpuno novo poglavlje medicine.

Za oboljenje su karakteristični smanjena sposobnost učenja novih ili prisećanja starih informacija, kao i jedan od kognitivnih poremećaja: afazija (poremećaj u govoru), apraksija (umanjena sposobnost obavljanja motoričkih aktivnosti uprkos očuvanom motoričkom sistemu), agnozijska (nemogućnost da se prepoznaju i identifikuju predmeti i pored očuvanih senzornih funkcija) i poremećaj u „executive“ funkcionisanju (planiranje, organizacija, apstrahovanje).

Da li je svaka zaboravnost početak demencije

Zaboravnost nije uvek znak bolesti. Mnoge osobe sa normalnom, odnosno onom normativno definisanom starosti i sledstvenim padom intelektualnih sposobnosti, traže da se pregledaju, naročito iz straha da nemaju Alchajmerovu bolest. Njihove primedbe najčešće uključuju nesposobnost da se prisete reči i imena spontano, „odsutnost“, potrebu za podsetnicima, ili blage probleme sa koncentracijom. Detaljan lekarski intervju najčešće otkriva blagu anksioznost u vezi minor-nih intelektualnih poteškoća, korišćenje efikasnih kompenzatornih mentalnih strategija i netaknuto lično i socijalno funkcionisanje, sa malo dokaza da ove kognitivne neadekvantnosti utiču na njihov svakodnevni život. Odsustvo značajnog funkcionalnog „pada“, zajedno sa normativnim neuropsihološkim testiranjima (u

odnosu na standarde i njihovu starosnu dob) ukazuju najčešće na, sa starošću, udružene kognitivne promene.

Ako se tokom minimum šest meseci status ne pogoršava i ne dovodi do smetnji u profesionalnom i svakodnevnom životu i radu, najverovatnije nije reč o početnoj demenciji. Pseudodemencija predstavlja kognitivni deficit koji se može javiti kod idiopatskih psihijatrijskih poremećaja, naročito velikog depresivnog poremećaja. Deficiti uglavnom podrazumevaju sniženje pažnje, brzine mentalnih procesa, verbalne fluentnosti i elaboracije. Pacijenti mogu registrovati novi materijal, ali imaju poteškoće u spontanom prisećanju koje se tipično poboljšava ako im se daje materijal koji je u vezi sa zadatkom (potećanje). Naravno terapija ove „demencije“ podrazumeva primenu lekova koji se daju kod depresije (antidepresiva).

Ukoliko se zaboravnost pogoršava i dovodi do problema, potrebno je detaljno medicinsko ispitivanje. Demencija može

da počne i sa pojavom promena ponašanja koje nije tipično za dotičnu osobu i koje postaje upadljivo za okolinu. Nekad se prvo javljaju smetnje govora, orijentacije, kontrole pokreta, poremećaj pažnje, mišljenja i drugih funkcija mozga.

Uzroci nastajanja demencije

Uzroci nastanka depresije mogu biti mnogobrojni, a neki od njih su zajednički, kao npr. starije životno doba koji je najveći faktor rizika, a pojava blage zaboravnosti ne znači automatski i demenciju. Demencija nastaje kao posledica različitih bolesti mozga, ali i bolesti koje zahvataju i druge organe i tkiva (njih oko 150) koje dovode do gubitka nervnih ćelija (neuro-na). S obzirom da se ove ćelije praktično ne obnavljaju, kod većine ovih bolesti tokom vremena nastaje pogoršanje u tri navedena domena demencije (kognicija, ponašanje, aktivnosti svakodnevnog života). Uopšteno govoreći bolest je praćena i velikim padom koncentracije jednog od glavnih prenosnika impulsa u mozgu-acetilholina, neophodnog za pamćenje i ostale sazajne funkcije.

Na ovome mestu pomenućemo najvažnije moguće uzroke: tumori (primarni cerebralni i metastatski), povrede glave (hematomi i posttraumatska demencija), infekcije (sifilis, AIDS), kardio-vaskularne (cerebrovaskularna insuficijencija, infarkt mozga), kongenitalna-urođena (Huntingtonovo oboljenje), primarno psihijatrijske (pseudodemencija kod depresije), fiziološke (epilepsija, hidrocefalus sa normalnim intrakranijalnim pritiskom), metaboličke (deficit vitamina, endokrini poremećaji), degenerativne demencije (AD, Farova bolest, Pickova bolest, Wilsonova bolest), demijelinizirajuće promene (multipla skleroza), droge ili toksini (alkohol, trovanje teškim metalima ili ugljen monoksidom).

Najznačajniji simptomi po kojima se prepoznaje demencija

Demencija se ispoljava različitim poremećajima u pamćenju, govoru, pažnji, opažanju, mišljenju, ponašanju, raspoloženju i dr. Ispoljavanja demencije se svrstavaju u tri grupe: kognitivna ispoljavanja (smetnje pamćenja, govora, prostorne orijentacije i drugo), promene u ponašanju i psihološki simptomi (uznemirenost, sumnjičavost, halucinacije, strahovi, neraspoloženje i drugo) i poremećaj aktivnosti svakodnevnog života (delimična ili potpuna nemogućnost obavljanja

profesionalnih, kućnih i rekreativnih aktivnosti). Prva i treća grupa smetnji su prisutne stalno, a druga se javlja ili stalno ili povremeno u nekoj fazi bolesti. Smetnje pamćenja su u početku u smislu lakše zaboravnosti, (na primer zaboravljanje datuma, dana u nedelji, imena osoba i dr) i ometaju najpre složene



profesionalne aktivnosti, a kasnije i svakodnevne kućne i rekreativne aktivnosti. Mogu da postoje teškoće u nalaženju reči, a kasnije i razumevanje tuđeg govora. Poremećaj pažnje se javlja u smislu dekoncentrisanosti i nemogućnosti održavanja duže i podeljene pažnje. Često se javlja dezorijentisanost u prostoru, što se najpre ispoljava u nepoznatoj, a potom i u poznatoj sredini. Smanjena je sposobnost vršenja različitih zadataka i rešavanja problema, najpre težih profesionalnih aktivnosti, a kasnije i svakodnevnih aktivnosti. Moguće su razne promene raspoloženja kao što su apatija ili depresivnost ili pak razdražljivost, kao i promene u ponašanju kao što su pasivnost, nezainteresovanost, nepoverljivost, sumnjičavost, agresivnost, odlaganje od kuće i drugo.

Okolina neretko prepušta dementnu osobu na milost i nemilost njenoj staračkoj istrošenosti, a ona sama postaje sebična, zaboravna i nemarna, sve manje liči na sebe, zbog čega nastaju sukobi u porodici i okolini. Tok bolesti je spor, ali neumoljiv. Može trajati godinama. Ovo oboljenje iz mnogo razloga zaslužuje istu pažnju kao maligne i srčane bolesti, zbog obolelih, zbog njihovih porodica i čitavog društva, zbog nebrojenih problema koje demencija sobom donosi.

Sedam najvažnijih znakova po kojima se prepoznaje demencija i zbog kojih treba potražiti pomoć!

- učestalo postavljanje istog pitanja
- ponavljanje iste priče, objašnjenja od reči do reči, iznova
- zaboravljanje osnovnih radnji iz svakodnevnog života kao što su npr. kako se kuva, ili rade sitne popravke, ili kako se igraju karte, ili bilo koje aktivnosti koje je oboleli ranije obavljao redovno i sa lakoćom
- gubitak sposobnosti za plaćanje računa ili vođenje evidencije kao i vođenje raznih do sada vršenih radnji u bankama
- nesnalaganje u poznatoj okolini, ili ostavljanje predmeta iz domaćinstva na neuobičajena mesta
- odbijanje obavljanja lične higijene, ili oblačenje uvek iste garderobe, uz objašnjenje da su se već okupali, odnosno, da im je odeća čista
- oslanjanje na druge osobe u donošenju odluka, a izbegavanje iznošenja svojih stavova ili odgovora na postavljeno pitanje, na koje se, inače, ranije vrlo lako davao samostalan odgovor.

Ponašajni i psihološki simptomi demencije

Posebnu grupu simptoma koji se mogu javiti i biti upadljivi pre kognitivnih su bihevioralni (ponašajni) i psihološki simptomi demencije (BPSD). Oni se javljaju kod 50-60 odsto obolelih. Oni se manifestuju kao perceptualni poremećaji (sumanute ideje, halucinacije, afektivni simptomi kao što su manija i depresija) i poremećaji ličnosti za koje su karakteristične promene karaktera, ponašanja, agresivnost i hostilnost koja je upadljiva u odnosu na prethodni period ili ono što je prepoznatljivo za datu osobu.

Tok i prognoza demencije

Uglavnom zavisno od etiologije, demencija sama po sebi ne podrazumeva progresivno pogoršanje. Brzina progresije je individualna i porodična karakteristika. U nekim slučajevima progresija može biti usporena kod vaskularne demencija ukoliko se mogu redukovati faktori rizika koji dovode do budućih vaskularnih akcidenata (kontrola hipertenzije, povišenog "lošeg" holesterola). Neke demencije kao što su one uzrokovane endokrinim ili metaboličkim faktorima, mogu se potpuno povu-

ći sa terapijom ili uklanjanjem osnovnog oboljenja. Slično se javlja i kod demencija koje su posledica tumora ili infekcije. U završnoj fazi demencije bolesnici su vezani za postelju, ne komuniciraju, ne kontrolišu mokrenje i stolicu, postaju osetljivi na infekcije.

Oblici demencije

Najčešći oblici demencije su Alchajmerova bolest (AD) koju čini oko 60% demencija, mada se ona može javiti i ranije (oko 45godine). Vaskulne demencije (VD) oko 15%, Demencija sa Levijevim telima (oko 10%), Frontotemporalne demencije (5-10%), dok na sve ostale uzroke odlazi svega oko 5%. Kod gerijatrijskih bolesnika AD je mnogo češća (50-70%) nego VD (15-25%).

Da li se nastanak ili progresija demencije mogu sprečiti?

Preventivne mere su od izuzetnog značaja naročito kod vaskularne demencije. Ono mogu podrazumevati uvođenje dije-

okrene tok patofizioloških procesa. Inhibitori enzima acetilholinesteraze se koriste kao "suplementarna" terapija s obzirom da je utvrđen deficit neurotransmitera acetil-holina u blagim do srednje teskim AD. Takođe, edukacija članova porodice koji pružaju pomoć obolelom od AD je od izuzetne važnosti.

Previše rada je takođe mogući rizik od demencije

Preterani rad može ozbiljno da naškodi zdravlju, tvrdi grupa finskih naučnika koja je utvrdila da oni koji rade više od 55 sati nedeljno rizikuju da obole od demencije.

Istraživanje, čije je rezultate objavio američki časopis posvećen epidemiologiji, obuhvatilo je 2.214 službenika koji su se dobrovoljno podvrgnuli testovima ocenjivanja mentalnih funkcija.

Prvi test u cilju potvrde rizika previše rada obavljen je u periodu između 1997. i 1999. godine, a drugi pet godina kasnije, naveli su mediji. Naučnici u Helsinkiju

Grupa istraživača iz bolnice "Maunt Sinaj" u Majami Biču ispitala je zdravstveno stanje i životne navike 938 osoba starijih od 60 godina kod kojih je dijagnostikovano verovatno postojanje Alchajmera. Ova analiza je pokazala da se Alchajmer kod redovnih konzumenata alkohola (najmanje tri čašice dnevno) javlja u proseku 4,8 godina ranije nego kod onih koji ne piju alkohol ili ga konzumiraju u manjim količinama.

Istraživanje je pokazalo i da osobe koje puše duvan u većim količinama (više od jedne pakle cigareta dnevno) 2,3 godine ranije oboljevaju od te bolesti od nepušača. Osobe koje poseduju gen "apolipoprotein 4" koji, kako je utvrđeno, utiče na predispoziciju za nastanak Alchajmera, tri godine ranije oboljevaju od te bolesti od ostalih.

Osobe koje su istovremeno pušači, uživaoci alkohola i nosioci gena "apolipoprotein 4" 8,5 godina ranije oboljevaju od Alchajmera od onih koji nisu izloženi tim faktorima rizika.

Analiza je pokazala da su osobe koje su u srednjem životnom dobu imale visok nivo holesterola izložene 50 odsto većoj opasnosti da tokom starenja obole od Alchajmera.

Ta opasnost je ista i kod osoba s povišenim šećerom u krvi, što je pokazalo jedno švedsko istraživanje čiji su rezultati objavljeni u američkom medicinskom časopisu "Neurolođži" (Neurology).

Intelektualnom gimnastikom protiv Alchajmerove bolesti

Profesije koje zahtevaju intelektualnu kompetentnost i veće obrazovanje štite od gubitka pamćenja koje se javlja kod Alchajmerove bolesti, pokazali su rezultati jednog italijanskog istraživanja, objavljeni u američkom naučnom časopisu "Neurolođži".

Italijanski naučnici su došli do tih zaključaka obavivši istraživanje na 242 osobe obolele od Alchajmerove bolesti, 72 muškaraca i žena s manjim problemima pamćenja i 144 dobrovoljca bez problema vezanih za memoriju. Radi se o teoriji da, koje je ovo istraživanje istaklo, sticanje određenih vrsta znanja i profesije koje zahtevaju veliko angažovanje mozga stvaraju određenu vrstu zaštite od demencije mozga ili "saznajnu rezervu".

Mozak tih ljudi istovremeno kompenzuje oštećenja i nastavlja da funkcioniše uprkos nanetim oštećenjima, rekla je Gariboto.

(U narednom broju više o dva najčešća oblika demencije)



tetskog režima, fizičku aktivnost, kontrolu dijabetesa i hipertenzije. Lekovi koji se koriste mogu uključivati antihipertenzive i antitrombotične agense. Kontrola krvnog pritiska treba da teži gornjoj granici normalnog pritiska jer se to pokazalo da popravља kognitivno funkcionisanje kod ove grupe pacijenata. Uglavnom se ne preporučuju beta-blokatori vec se prednost daje ACE inhibitorima kao antihipertenzivima.

Za degenerativne demencije, nijedna terapija nije pokazala sa sigurnošću da može da ublaži ili pre-

su ustanovili da su zaposleni koji su radili više od 55 sati nedeljno postigli najgore rezultate, naročito na testovima u kojima su ocenjivani izražavanje i rasuđivanje.

Alkohol, duvan i holesterol podstiču Alchajmerovu bolest

Alkohol, duvan i povišen holesterol podstiču razvoj neurodegenerativnog oboljenja Alchajmerova bolest, pokazali su rezultati dva američka istraživanja, predstavljena na godišnjem skupu Američke akademije za neurologiju u Čikagu.

I - Alchajmerova bolest

Ovo oboljenje je najčešći uzrok demencije i čini više od 50 odsto ovih oboljenja. Primarna demencija ili Alchajmerova bolest je neurodegenerativno oboljenje moždanog tkiva. Čini čak polovinu demencija među starima. Češće obolevaju žene nego muškarci. Alchajmerova bolest (Alzheimer disease) je progresivna cerebralna atrofija koja dovodi do demencije. Prvi put ju je kao posebnu vrstu demencije opisao nemački lekar dr Alois Alzheimer, 1906. godine, kod jedne pedeset jednogodišnje žene koja je imala simptome koji su se ispoljavali u vidu halucinacija, mentalne konfuzije i psihosocijalne neprilagođenosti.

Istraživanja francuskih neurologa Žan-Fransoa Dartika i Žan-Mark Orgogozo sprovedena na 3.700 osoba starih 65 godina, čije je zdravstveno stanje praćeno 20 godina, pokazala su da se psihološki i intelektualni poremećaji koji najavljuju Alchajmerovu bolest javljaju čak 10 do 13 godina pre dijagnostikovanja bolesti. Tokom istraživanja kod 350 osoba ove grupe došlo je do razvoja Alchajmerove demencije. Ova činjenica ukazuje na pritaženost i podmuklost simptoma ove bolesti.

Tačan uzrok Alchajmerove bolesti još nije u potpunosti razjašnjen. Amiloid-beta-peptid je glavna komponenta ekstracelularnog depozita, a javlja se u difuznim plakovima sastavljenim od proteina nazvanog tau koji je modifikovan fosforilacijom i agregacijom u krvnim sudovima mozga. On dovodi do povećanog stvaranja slobodnih radikala kiseonika, a time i citotoksičnog oksidativnog stresa u ćelijama. Dolazi do disfunkcije neurona i do njihovog propadanja uz gubitak funkcije date regije. Amiloidni plakovi se kao lepak talože između neurona, dovodeći do njihove nesposobnosti da prenose nervne impulse, za šta je posebno odgovoran acetilholin. Zato dolazi do progresivnog propadanja nervnih ćelija, koje je najizraženije u slepoočnim režnjevima i to sa njihove unutrašnje strane (hipokampus), što dovodi do teškoća sa pamćenjem. Proces propadanja neurona se širi vremenom i na druge lokacije u temeni i čeonu režanj, što dovodi i do poremećaja ostalih funkcija mozga. U tipičnim slučajevima Alchajmerova bolest počinje sa smetnjama pamćenja, teškoćama nalaženja reči ili promenama raspoloženja. Posle najmanje šest meseci uočavaju se problemi u svakodnevnim aktivnostima, za razliku od obične zaboravnosti koja se ne pogoršava. Sa napredovanjem bolesti mogu da se razviju i drugi problemi, kao što su izmene ličnosti,

Piše: **mr sc.med. Dragana Daruši, neurolog**

Sudski veštak iz oblasti neurologije i psihologije kriminala



(www.so-vil.co.rs)

promene raspoloženja i ponašanja, poremećaj mišljenja i drugo.

Novijim istraživanjima ustanovljeno je da je u mozgu bolesnika sa Alchajmerovom bolešću poremećena funkcija ciklin-zavisne kinaze 5, koja hiperfosforiliše tau i akumulira se u neuronima, i da ona može da izmeni signalni proces u neuronima zbog poremećaja ravnoteže njene aktivnosti kao kinaze i fosfataze. Tau protein koji se javlja u šest izoformi koje kodira jedan tau gen, povezan je sa neuronskim mikrotubulima i stabilizuje ih, reguliše transport vezikula i organela duž njih, podržava stvaranje aksona i služi kao osnova za koju se vezuju enzimi. Neophodan je za normalni razvoj centralnog nervnog sistema sisara.

Pošto se pretpostavlja da fosforilacija slabi afinitet tau proteina za mikrotubule, tau se onda odvaja i agregira dovodeći tako do degeneracije neurona.

Istraživanja stručnjaka sa Medicinskog fakulteta Univerziteta u Pensilvaniji ukazuju na nove načine testiranja koji mogu sa visokom preciznošću da ukažu na razvoj Alchajmerove bolesti u najranijoj fazi, pre nego što se ispolje simptomi demencije i nastupe veća oštećenja. Oni su utvrdili da nivo dva proteina u spinalnoj tečnosti, koji mogu da ukažu na Alchajmerovu bolest, predskazuje sa 87 odsto tačnosti kod kojih će se pacijenata sa ranim problemima memorije i drugim simptomima oštećenja kognitivne funkcije jednog dana ustanoviti Alchajmer.

Takvi testovi, kojima se traga za takozvanim "biomarkerima" bolesti, mogu da pomognu istraživačima da bolje osmisle delatnost na razradi terapije za ovaj najčešći oblik demencije starijih osoba.

Voda pensilvanijskog tima Lesli Šo izjavio je da ovakvo testiranje može da vodi i boljoj strategiji da se blago oštećenje memorije ne razvije u totalnu Alchajmerovu bolest – fatalno oboljenje koje postepeno gasi svest pacijenata. Šo i njegove kolege su želeli da razviju standardizovane testove usmerene na utvrđivanje dva klasična pokazatelja Alchajmera: amiloidnog beta proteina, od kojeg nastaju lepljive naslage, i tau proteina, odgovornog za pojavu fibroznog tkiva u mozgu.

Analizirajući spinalnu tečnost, uzetu od 410 pacijenata koji su učestvovali u velikoj

studiji o Alchajmerovoj bolesti, američki stručnjaci su na osnovu visokog nivoa ta dva proteina u 87 odsto slučajeva predvideli kod kojih će se pacijenata razviti Alchajmerova bolest.

Oni su, štaviše, sa 95,2 odsto tačnosti ocenili kod kojih je pacijenata isključen razvoj Alchajmera. Procenjuje se da 26 miliona ljudi u svetu ima Alchajmerovu bolest, a da će se do 2050. godine broj obolelih povećati na 106 miliona.

II - Vaskularna demencija

Vaskularna demencija je druga po učestalosti među demencijama. Može imati skokovit početak, u kome se novi deficiti javljaju naglo i udruženi su sa novim vaskularnim događajima. Ali, vaskularne demencije često imaju i postepen (pritajeni) početak i spor, ali permanentan, progresivan tok. Demencije izazvane infekcijom obično su akutne, nastaju naglo, dok sifilis i kriptokokalni meningitis mogu imati indolentan početak. One koje su prouzrokovane toksinima ili deficijencijama vitamina mogu se poboljšati ukoliko je ovaj spoljni faktor isključen, osim u slučaju radijacije.

Kao što je napomenuto, propadanje moždanih ćelija može nastati zbog većeg moždanog udara (infarkta mozga), ili se radi o nizu malih moždanih udara, tzv. mikroinfarkta mozga, zbog čega se naziva multiinfarktna demencija. Moždani udar može nastati začepljenjem (nastaje ugrušak-tromb sa prestankom ishranjivanja dela mozga krvlju) ili pucanjem nekog krvnog suda u mozgu (moždano krvarenje, takođe sa prekidom ishrane dela mozga). Posledice većeg moždanog udara su obično jasno uočljive jer naglo nastaje slabost polovine tela, smetnje govora, koncentracije i drugih funkcija. Dijagnoza multiinfarktne demencije je teža. Kod malih moždanih udara moguće je da se previdi i da se ne prida značaj trenutnoj simptomatologiji, a da se vremenom ispolje poremećaji u intelektualnim funkcijama. MR mozga može precizno utvrditi postojanje lezija bilo kog porekla. Takođe je čest oblik vaskularne demencije i hronično slaba prokrvljenost mozga sa smetnjama hoda, mokrenja, pamćenja, koncentracije, mišljenja i dr. Najznačajniji faktori rizika za nastajanje vaskularne demencije su starije životno doba,

povišen krvni pritisak (veći od 120/80), pušenje i visoke vrednosti holesterola, posebno "lošeg" holesterola, teže ili ponovljene povrede mozga, nasledni faktori, niži nivo intelektualne aktivnosti (odsustvo intelektualnih stimulacija) itd.

III - Drugi oblici demencija, koji se takođe viđaju u kliničkoj praksi

1. Demencija sa Levijem telima je treća demencija po učestalosti. Nju karakteriše intelektualno propadanje, ponavljanje vizuelnih halucinacija (vide ljude i/ili životinje kojih nema), znaci parkinsonizma (usporeni pokreti i hod, ukočenost mišića, smanjenje mimike i gestikulacije i dr.), oscilacije budnosti/spavanja i intelektualnog funkcionisanja, a kod nekih bolesnika i depresija i neprovocirani padovi i smetnje spavanja.

2. Fronto-temporalne demencije su četvrta grupa po učestalosti pojavljivanja. Ispoljavaju se u početnim smetnjama u ponašanju (neaktivnost-apatija ili pojačana aktivnost sa dezinhibicijom-neprikladnim ponašanjem), ili u smetnjama govora (smanjeno razumevanje tuđeg govora i pojmova – semantička demencija; nemogućnost produkcije govora – primarna progresivna afazija). Ovaj tip demencije se ne karakteriše smetnjama pamćenja i prostorne orijentacije. Kod skoro trećine bolesnika postoji nasledna komponenta. Često se ovi bolesnici leče kao psihijatrijski slučajevi jer se teško prepoznaju.

3. Druge bolesti mozga koje mogu dovesti do demencije, a koje su ranije navedene su: Parkinsonova bolest, zapaljenje mozga, tumori mozga, Hantingtonova bolest, normotenzivni hidrocefalus i drugo.

Prevenција i lečenje demencije

Zasad nisu poznate mere koje bi sa sigurnošću štatile od nastanka demencije, ali su u toku mnogobrojna istraživanja u ovom pravcu. Ona su pokazala da pravilna ishrana u mladim godinama i srednjem životnom dobu smanjuje pojavu demencije za oko 30 odsto (tzv. mediteranski tip ishrane) dok umerena redovna fizička aktivnost smanjuje rizik od demencije za još oko 30 odsto. Naravno, postoje i drugi razni faktori na koje može da se utiče.

Alchajmerova bolest je nepoznatog uzroka. Postoje medikamenti koji mogu eventualno da uspore napredovanje bolesti, kao i lekovi koji utiču na korekciju ponašanja ovih bolesnika, i donekle poboljšaju intelektualno funkcionisanje. Davanje inhibitora holinesteraze (donepezyl, rivastigmin, galantamin) povećava nivo acetilholina u mozgu i deluje povoljno na pamćenje i ponašanje. Antagonisti NMDA glutamatnih

receptora (memantin) su druga grupa lekova koji olakšavaju smetnje i, moguće, usporavaju napredovanje bolesti. Neuroleptici nove generacije relativno uspešno ublažavaju poremećaje ponašanja bez značajnih neželjenih dejstava.

Osobe sa demencijom treba da vode što normalniji život, u početku samostalan, ali im je tokom bolesti potrebna sve veća pomoć. Okolina bolesnika i svakodnevna rutina treba da ostanu po mogućstvu isti, jer je njihova sposobnost prilagođavanja smanjena. Potrebno je da se obavlja stalna umerena fizička aktivnost i preporučuje se neki hobi, što povoljno utiče na ponašanje. Emocionalna podrška je takođe veoma važna i smanjuje strahove, depresivnost i osećaj napuštenosti. U proteklim godinama su, uz podršku lokalnih zajednica, otvorena

novog i primenom odgovarajućih lekova. Bolesnici sa vaskularnom demencijom treba da se obrate specijalisti za pomoć radi prevencije novih udara i lečenja postojećeg stanja.

S obzirom na to da je bolest praktično neizlečiva, terapijski učinak je pokušaj da se uspori njen tok. Kada je ustanovljeno da u osnovi bolesti, čiji se uzrok još ne zna, leži holinergički deficit, lekovi koji se primenjuju u terapiji su reverzibilni ili ireverzibilni inhibitori acetilholinesteraze, enzima koji razgrađuje acetilholin u mozgu, povećavajući njegov nivo i pojačavajući time holinergičku transmisiju. Danas se inhibitori acetilholinesteraze često kombinuju sa antioksidansima, npr. vitaminom E i preparatima biljke ginkgo biloba. Kod bolesnika sa Alchajmerovom bolešću



savetovališta uz dnevni boravak za obolele od demencije. Na ovakav način je data podrška i edukacija porodicama koje pružaju pomoć obolelim od AD i neposrednoj okolini dementne osobe, koji uče ne samo kako da prepoznaju određene simptome i kako da postupaju u određenim situacijama, a obolelima daju sigurnost u sredini gde se kreiraju aktivnosti koje okupiraju pažnju i na neki način "ulepšavaju vreme bolesti".

Kod vaskularne demencije važno je preduzeti određene mere kako bi se redukovali ili potpuno isključili faktori rizika koji mogu dovesti do novih vaskularnih oštećenja. U tom smislu preporučuje se prestanak pušenja, regulisanje krvnog pritiska, smanjenje upotrebe soli u ishrani, redovno vežbanje i smanjenje prekomerne telesne težine. Osobe koje imaju povećan rizik od moždanog udara, kao i one koje su ga već imale, mogu da smanje rizik od nastajanja

dolazi do stvaranja slobodnih radikala kiseonika i oksidativnog stresa i tada nastaje pojačana oksidacija ugljenih hidrata, lipida i proteina mozga. U tom slučaju, ako antioksidativni mehanizmi odbrane nisu u mogućnosti da spreče delovanje slobodnih radikala kiseonika, dolazi do oksidativnog stresa i ubrzanog izumiranja neurona mozga. Primena antioksidanasa može biti od koristi, kako bi se poboljšala odbrambena moć organizma. Vitamin E je već poznati antioksidans, a preparati iz biljke ginkgo biloba su, u stvari, ekstrakti standardizovanog sadržaja, i to uglavnom flavonoidi koji deluju kao čistači slobodnih radikala, mada se još uvek ne zna koje sastavne komponente biljke ginkgo biloba zaista deluju povoljno u terapiji Alchajmerove bolesti. U mnogim zemljama Evrope i Amerike ti preparati upotrebljavaju se i u prevenciji kognitivnih poremećaja.