



PREDGOVOR

Pored svih napora koje poduzimamo kako bi demencija bila prepoznata kao veliki zdravstveni i socijalni problem u BiH, te kao takva dobila sistemska rješenja koja bi pomogla svim stranama koje su uključene (osobama sa demencijom(OsD), njegovateljima, porodicama) to, ipak, na žalost, nismo niti nakon punih 6 godina uspjeli.

Uspjeli smo jedini u regionu ZB anti-dementive postaviti na A-federalnu listu lijekova te na taj način pomoći jer su lijekovi u tretmanu demencije besplatni. Uradili smo 2015. udžbenik za medicinske tehničare „Demencija - šta i kako dalje“ koji mogu koristiti i neformalni njegovatelji i osobe sa demencijom, međutim, demencija se u srednjim školama izučava kroz jedan čas. Takođe, oformili smo Radnu grupu za izradu Okvirnog Plana za borbu sa demencijom na nivou entiteta te radi podrške tom procesu smo inicirali potpisivanje Sarajevske izjave o demenciji u regionu ZB razvijene u saradnji sa WHO HQ i potpisane kao zaključak ekspertskog sastanka sa učesnicima nadležnih Ministarstava zemalja ZB. Zvanični statistički brojevi pokazuju ogromno povećanje broja dijagnosticiranih u periodu 2014. – danas, ali je to i dalje i suviše malo.

Vodeći sve te procese sam primijetio, na osnovu analize prikupljenih podataka, da je minoran broj dijagnosticiranih slučajeva iniciranih od strane ljekara porodične medicine. Upravo oni koji bi trebali biti ključni element u alarmiranju cijelog sistema pravovremene dijagnostike su zakazali. Zašto?

U BiH je dijagnosticirano svega manje od 3% osoba pogođenih demencijom. Možemo ih posmatrati kroz tri segmenta.



Prvi segment je dijagnosticirani sa AD koji su dobili dijagnozu u teškom stadiju AD ili težem umjerenom stadiju.

Drugi segment su osobe sa dijagnozom VaD. Dijagnozu su dobili kontrolnim pregledom nakon MU.

Treći segment su osobe sa dijagnozom Psiho-organskog sindroma koju su dobile nakon iskazanog nedoličnog ponašanja i bihevioralnih ispada. Nakon hitne intervencije policije ili Hitne medicinske službe i pregleda psihijatar dijagnoza je psiho-organski sindrom (faze nasilnosti, agresije ili nakon što su se izgubili u vanjskom prostoru) ili reverzibilna faza depresije (nakon pokušaja suicida).

Ovo elaboriranje činjenica o postavljenim dijagnozama pokazuje da su i postavljene dijagnoze urađene bez velikih ispitivanja (osim ako velikim ispitivanjem ne podrazumijevamo urađene CT skenove i u manjem broju MRI) i u kasnijim fazama oboljenja.

Primjeri osoba koje su se požalile ljekaru porodične medicine da imaju problem sa upamćivanjem, orijentacijom, egzekutivnim funkcijama, te su prošle proces prikupljanja nalaza radi pravilne dijagnostike je toliko mali da ga možemo smatrati minornim. Analizirajući način i postupak dijagnosticiranja bolesti može se zaključiti da ljekar porodične medicine nije izvršio sveobuhvatne analize radi traganja za mogućim uzrocima bolesti te mogućim razlogom lječive demencije. Razlog može biti u činjenici da oni ne razmišljaju o demenciji ili je prihvataju kao normalan proces starenja. Ljekar pacijenta jednostavno prepušta specijalisti, vjerovatno neurologu, koji u deficitu nalaza ne može donijeti adekvatnu dijagnozu te vraća pacijenta bez dijagnoze sa naznakom da dođe na kontrolu u određenom vremenu ili postavlja neadekvatnu dijagnozu. U oba slučaja se gubi dragocjeno vrijeme i povjerenje pogođene osobe. U sljedećem periodu kod prvog slučaja dolaze faze bolesti kada pogođena osoba ne želi medicinske preglede, a kod drugog slučaja pogođena



osoba smatra da nema koristi od posjete ljekaru jer je do tada koristila terapiju koja nije imala učinak.

Poseban problem prilikom dijagnosticiranja demencije predstavlja stav neurologa koji smatraju da je sve gotovo za pogođenu osobu jer za demenciju ne postoji lijek što je mišljenje i ljekara porodične medicine. Za pravo im daje činjenica da ne postoji post-dijagnostička podrška, nedostaje znanja o neophodnosti ne-farmakološkog pristupa u tretmanu pogođene osobe, nema znanja o neophodnosti promjene načina života, nema razvijenih socijalnih usluga te pogođene osobe ostaju usamljene nakon postavljanja dijagnoze. Podršku socijalnog sistema dobivaju samo ukoliko imaju dijagnozu AD i nalaze se u teškoj fazi demencije. Tek kada su totalno disfunkcionalni Komisija za ocjenu sposobnosti ih proglašava osobama sa invaliditetom, te ih slijedi pomoć. Veliki je broj primjera kada se i pored očigledne disfunkcionalnosti ne želi dati invalidnost.

Izloženi podaci pokazuju da je neophodno ponuditi ljekarima porodične medicine dodatne informacije kolektovane na jednom mjestu. To trebaju biti osnovne informacije koje su nužne i koje će zainteresovati ljekara da dalje istražuje – ukoliko to želi, ali će mu ove informacije omogućiti da shvati da je demencija bolest mozga i da nije normalan dio starenja, ponuditi mu uzroke bolesti i objasniti tok demencije kroz svaku fazu, predočiti mu načine uočavanja simptoma demencije i kako ih razlikovati od procesa normalnog starenja, dati PROTOKOL ispitivanja kako ljekar ne bi lutao i time skratiti put sve radi pravovremene dijagnoze, ljekaru približiti farmakološku terapiju i objasniti nužnost i potrebu post – dijagnostičke podrške pružene kroz palijativnu njegu objašnjavajući njene principe.

Pored toga, ne treba zaobilaziti medicinske tehničare koji rade u ambulantama PM. Dobro educirani i trenirani oni mogu biti ti koji će alarmirati ili skrenuti pažnju ljekara na određenu osobu, te napraviti kratki test kako bi izvršili prvu selekciju, a ljekaru dali potpuniju informaciju.



Edukacijom i treningom timovi porodične medicine (TPM) i medicinski tehničari u ambulancama će steći novo znanje i vještinu detekcije problema u ranijem stadiju demencije. Protokol koji definiše inicijalna ispitivanja i nalaze će pomoći da se put do pravovremene dijagnoze skрати i fokusira na bitno, što je značajno jer starije osobe svakako ne žele obilaziti doktore. Pri tome će se napraviti detekcija uzroka koji će se moći analizirati, dijagnosticirati, tretirati i nadalje pratiti. Tada će u tretman i upravljanjem demencijom biti uključen multi-disciplinarni ljeakarski tim koordiniran od TPM. Svakako da će to pozitivno uticati na OsD i progresiju bolesti te sniziti troškove liječenja, a zadovoljiti uslov da svaka osoba ima pravo na jednak pristup medicinskoj njezi. Naravno, bolje somatsko praćenje stanja OsD će dati bolju podlogu za uspjeh ne-farmakoloških intervencija čime se opravdavaju principi palijativne njege.

Autor

Osman Kućuk



Skraćenice

OsD - osoba sa demencijom

WHO HQ – World Health

Organization Head Quarter

ZB – Zapadni Balkan

AD – Alzheimerova demencija

AB – Alzheimerova bolest

VaD – Vaskularna demencija

MU – Moždani udar

PM – porodična medicina

TPM – tim porodične medicine

SADRŽAJ

1. UVOD
2. DEFINICIJA
 - a./ starenje
 - b./ demencija
3. EPIDEMIOLOGIJA I PREVALENCA DEMENCIJE
 - a./ u Svijetu
 - b./ u BiH
4. TROŠKOVI TRETMANA DEMENCIJE
5. TOK DEMENCIJE
 - a./ Uvod
 - b./ Faze demencije
 - c./ Blagi kognitivni poremećaj (BKP)
 - d./ Blagi poremećaj ponašanja (BPP)
 - e./ Blaga demencija (BD)
 - f./ Umjerena demencija (UD)
 - g./ Teška demencija (TD)
 - f./ Trajanje demencije
 - h./ tabela faza demencije
6. UZROCI DEMENCIJE
 - a./ tabela uzroka
7. NEURODEGENERATIVNI UZROCI
 - a./ Alzheimerova bolest
 - b./ Frontotemporalne degeneracije
 - c./ Parkinsonova i bolest Lewijevih tjelašaca
8. CEREBROVASKULARNA - Vaskularne bolesti
 - a./ Multi infarktne demencije
 - b./ Bolest malih krvnih sudova
 - c./ Strateški postavljeni pojedinačni infarkti
 - d./ Binsvangerova bolest
 - e./ CADASIL
 - f./ infarkt Talamusa
9. RIJETKI UZROCI DEMENCIJE
 - a./ Nasljednja Alzheimerova bolest
 - b./ Posterior kortikalna atrofija
 - c./ Huntingtonova bolest
 - e./ Creutzfeldt – Jakobova bolest
 - f./ Herpes Simplex Encefalitis
 - g./ Normalni pritisak hidrocefalusa (NPH)
10. DIJAGNOZA
 - a./ uvod
 - b./ Proces dijagnosticiranja
 - c./ Protokol pregleda
 - d./ Saopštavanje dijagnoze
11. FARMAKOLOŠKA TERAPIJA
 - a./ Anti-dementivi



- b./ Lijekovi za ublažavanje poremećaja ponašanja i psiholoških simptoma demencije (antidepresivi, antipsihotici, benzodiazepami)
- c./ koje lijekovi izbjegavti kod OsD
- 12. PALIJATIVNA NJEGA KOD OsD**
 - a./ Uvod
 - b./ definicija
 - c./ ciljevi i zadaci
 - d./ Izgled tima P.NJ.
 - e./ zadaci u primjeni principa P.NJ.
 - f./ terapijski tretman
- 13. EVIDENTIRANJE STANJA I ZNAKOVI ZA UZBUNU**
- 14. BRZI TEST**
 - a./ skraćeni mini mental skor
 - b./ Mini COG
- 15. CENTAR ZA DEMENCIJU**
- 16. ALZHEIMER UDRUŽENJE AiR**