

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ
ΘΕΜΑ: ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ
ALZHEIMER
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Γ.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:
ΔΑΪΝΑΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ορισμός Άνοιας.....	4
1.2. Ιστορικά Στοιχεία.....	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Επιδημιολογία.....	11
2.2. Ανατομοκλινική Ταξινόμηση Ανοιών.....	13
Ø Νόσοι με χαρακτηριστικά φλοιώδους άνοιας.....	13
Ø Νόσοι με χαρακτηριστικά υποφλοιώδους άνοιας.....	13
Ø Νόσοι με μικτά χαρακτηριστικά.....	14
2.3. Αιτιολογία.....	14
1. Εκφυλιστικές παθήσεις.....	15
2. Αγγειακές παθήσεις.....	15
3. Όγκοι και Τραύματα.....	16
4. Μεταβολικές ή Τοξικές Παθήσεις.....	16
5. Φλεγμονώδεις και Ανοσοβιολογικές Παθήσεις.....	16
6. Κατάθλιψη.....	17

2.4. Γενετική Αιτιοπαθογένεια.....	17
1. Νόσος Alzheimer με πρώιμη έναρξη (προγεροντική άνοια).....	17
2. Νόσος Alzheimer με όψιμη έναρξη (γεροντική άνοια).....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Κλινική εικόνα της άνοιας.....	19
3.2. Στάδια της άνοιας.....	21
3.3. Πρόσθετα προβλήματα που μπορούν να επιδεινώσουν την κλινική εικόνα.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Διάγνωση.....	27
4.2. Χρήσιμες δοκιμασίες για την διάγνωση της άνοιας και την παρακολούθηση της πορείας της.....	30
4.3. Διάγνωση της άνοιας κατά στάδια.....	33
4.4. Διερεύνηση ανοιών.....	35
4.5. Σημασία έγκαιρης και σωστής διάγνωσης.....	37
4.6. Εργαστηριακά ευρήματα.....	38
4.7. Πρόγνωση.....	39

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Φαρμακευτική θεραπεία.....	45
5.2. Εναλλακτικές θεραπείες.....	56
5.3. Παρεμβάσεις στην οικογένεια.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Φροντιστές ασθενών με άνοια.....	61
6.2. Σχεδιασμός φροντίδας για ασθενή και οικογένεια.....	63
6.3. Ειδικές συμβουλές για τον φροντιστή σε καθημερινά θέματα.....	64
Ø Μεταβολές στο σπίτι και μέτρα ασφαλείας.....	64
Ø Μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την οδήγηση.....	66
Ø Μέτρα που πρέπει να παίρνονται για την αποφυγή ατυχημάτων.....	67
Ø Πως μπορεί να διατηρηθεί μία καλή επικοινωνία.....	67
Ø Διατήρηση των δραστηριοτήτων.....	69
Ø Βοήθεια του ασθενή στο πλύσιμο.....	70
Ø Περίεργη συμπεριφορά.....	71
6.4. Διατήρηση της αξιοπρέπειας του ατόμου με άνοια.....	72
6.5. Διατροφή στην άνοια.....	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Νοσηλευτική παρέμβαση σε ανοϊκό ασθενή.....	78
7.2. Επικοινωνία νοσηλευτή – ανοϊκού ασθενή.....	79
7.3. Νοσηλευτική φροντίδα ανοϊκού ασθενή.....	83

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	85
----------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	87
-------------------	----

*«Όταν θέλεις κάτι πάρα πολύ,
όλες οι δυνάμεις του σύμπαντος
συνωμοτούν για να το πετύχεις.»*

PAULO COELHO

« Ο αλχημιστής »

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι νοητικές λειτουργίες κατέχουν εξέχουσα θέση στη διαλεκτική σχέση του ατόμου με το έσω και έξω περιβάλλον. Η σημασία τους αναδεικνύεται κατά ιδιαίτερα δραματικό τρόπο, όταν διαταράσσονται και το άτομο βυθίζεται σταδιακά στην άνοια.

Μεγάλος είναι ο αριθμός των οικογενειών που έχουν στους κόλπους τους άτομα με κάποιας μορφής άνοια. Συγκεκριμένα, περίπου 5% των ατόμων 65 χρόνων και 30% των ατόμων που είναι πάνω από 85 χρόνων πάσχουν από άνοια. Είναι αυτονόητο ότι όσα περισσότερα χρόνια ζούμε, τόσο περισσότερο θα αυξάνεται και ο αριθμός των ατόμων με άνοια.

Η άνοια είναι μια νόσος που διανύει μακρά πορεία και απαιτεί αυξημένη φροντίδα, επηρεάζοντας, κατά συνέπεια την οικογένεια του ατόμου με άνοια, η οποία καλείται να σηκώσει ένα βαρύ φορτίο.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην εισηγήτρια μου κα. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία, Προϊσταμένη του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πατρών, στον κύριο Μούγια Αθανάσιο, Νευρολόγο - Ψυχίατρο και Διευθυντή της Ψυχογηριατρικής Εταιρίας «Ο Νέστωρ», την κα. Μ. Βιολάκη – Παρασκευά, Πρόεδρο της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρίας για τις πολύτιμες πληροφορίες που μου παρείχαν και τέλος την οικογένεια μου για την πλήρη στήριξη και βοήθεια που μου παρείχαν όλα τα χρόνια που σπούδαζα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία έχει υπολογισθεί, ότι κατά το 1977 υπήρξαν στη χώρα μας 1.173.000 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, που αντιπροσωπεύουν το 12,7% του συνολικού πληθυσμού της, ενώ προ 50 ετών (1928) η αναλογία αυτή ήταν 6%. Η μεγάλη και απότομη αύξηση της αναλογίας του γεροντικού πληθυσμού εκδηλώθηκε κυρίως μεταπολεμικά και οφείλεται στην ελάττωση των γεννήσεων, στις καλύτερες συνθήκες ζωής και υγείας και στη μετανάστευση. Η Ελλάδα ανήκει πλέον στην κατηγορία των χωρών «γηρασμένου» πληθυσμού¹.

Τα παραπάνω στοιχεία φανερώνουν την σοβαρότητα του θέματος, άρα και τον σκοπό της εργασίας. Η αφορμή όμως για να επιλέξω αυτό το θέμα, ήταν η εμφάνιση δύο κρουσμάτων Γεροντικής άνοιας και νόσου Alzheimer στο συγγενικό μου περιβάλλον. Υπάρχουν πολλές μορφές άνοιας, όμως η παρούσα εργασία θα επικεντρωθεί κυρίως στην Γεροντική άνοια και στην νόσο Alzheimer.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται αναφορά σε ορισμούς, σε ιστορικά στοιχεία, σε επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ασθένειας, σε αιτιολογικούς και παθογενετικούς παράγοντες, σε διαγνωστικούς παράγοντες καθώς και στην κλινική εικόνα, τα στάδια της νόσου και την πρόγνωση.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται αναφορά στην θεραπεία, στην νοσηλευτική προσέγγιση του θέματος, στη νοσηλευτική παρέμβαση και φροντίδα του ασθενή.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος «άνοια» σημαίνει παραφροσύνη, δηλαδή άτομο ανίκανο να χρησιμοποιήσει το νου του. Τις άνοιες συνθέτουν ομάδες νοσημάτων τα οποία συντελούν βαθμιαία στην εμφάνιση της με προοδευτική έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών, ανικανότητα εκτελέσεως καθημερινών ασχολιών και προοδευτική απομόνωση. Η άνοια δεν είναι επακόλουθο της προχωρημένης ηλικίας. Ο όρος άνοια αναφέρεται σε ένα εύρος συμπτωμάτων που παρουσιάζουν συνήθως άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι μια φυσιολογική διαδικασία, αλλά στα νοσήματα που οδηγούν σε άνοια αυτό εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στο να μη λειτουργεί ο εγκέφαλος του ατόμου με φυσιολογικό τρόπο².

Τα συμπτώματα της άνοιας περιλαμβάνουν μια σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί, που δεν διορθώνεται. Η εγκεφαλική βλάβη προσβάλλει τη νοητική λειτουργία του ατόμου και αυτό με τη σειρά του, έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά. Η άνοια, όμως, δεν περιορίζεται μόνο στους εκφυλιστικούς τύπους της νόσου. Αναφέρεται σε ένα σύνδρομο που δεν ακολουθεί πάντα την ίδια πορεία εξέλιξης. Σε μερικές περιπτώσεις, η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί ή να παραμείνει σταθερή για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων άνοιας είναι θεραπεύσιμες ή δυνητικά αναστρέψιμες, αλλά η πλειονότητα των περιπτώσεων οδηγεί στο θάνατο. Οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν από "επιπλοκές", όπως

πνευμονία, παρά από την ίδια την νόσο. Ωστόσο, εάν η άνοια ξεκινά πολύ αργά στη ζωή, οι επιπλοκές τείνουν να είναι λιγότερο σοβαρές³.



1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στο 37^ο Συνέδριο των Γερμανών Ψυχιάτρων, που έγινε το 1906 στο Tübingen, ο Alois Alzheimer παρουσίασε μια περίπτωση άνοιας δε γυναίκα 51 ετών. Είχε νοσηλευθεί στο Νοσοκομείο της Φρανκφούρτης από το 1901 μέχρι το θάνατο της το 1905, και έμελλε να τροφοδοτήσει την απαρχή μιας νέας νοσολογικής οντότητας. Πρόσφατα, οι Bowler et al ανακάλυψαν και δημοσίευσαν τα σχετικά αρχεία, παρουσιάζοντας την Auguste D ως πρώτη περίπτωση νόσου Alzheimer. Καθώς είχε αμφισβητηθεί από παλιά το είδος της νόσου σε εκείνη την πρώτη ανακοίνωση του Alzheimer, τα νέα ευρήματα επανέφεραν το θέμα στην επικαιρότητα. Έτσι, τονίστηκε και πάλι το γεγονός ότι στα παθολογοανατομικά ευρήματα του περιστατικού του Alzheimer υπήρχε και η αρτηριοσκλήρυνση, κριτήριο αποκλεισμού, σήμερα από τη διάγνωση. Οι ανακαλύψεις, όμως, συνεχίστηκαν από άλλη ομάδα Γερμανών νευροβιολόγων, που εντόπισε 250 παθολογοανατομικά παρασκευάσματα του εγκεφάλου της Auguste D στο Μόναχο. Στο εγκέφαλο της υπήρχαν, όντως, «δυο από τα κλασικά

παθολογοανατομικά σημεία της νόσου: οι αμυλοειδείς πλάκες και οι νευροϊνιδιακοί κόμβοι».

Νέες λεπτομέρειες προστέθηκαν από την έρευνα του Mathias Weber. Σε εκείνο το Συνέδριο των Γερμανών Ψυχιάτρων, η ανακοίνωση του Alzheimer δεν προσέλκυσε κανένα ενδιαφέρον. Στα πρακτικά αναγράφεται ότι δεν ακολούθησε καμία συζήτηση, ενώ, σε αντίθεση με άλλες ανακοινώσεις, δημοσιεύτηκε μόνο σε περίληψη. Άλλωστε, πρόθεση του Alzheimer να περιγράψει μόνο μια μορφή «άτυπης γεροντικής ψύχωσης σε νέο άτομο» και όχι κάποια νέα κλινική οντότητα. Εντούτοις, μελετώντας τις άνοιες το 1898, είχε κιόλας παρουσιάσει μια περίπτωση που «θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως προγεροντική άνοια με ελάχιστη αθηρωμάτωση και κληρονομική αδυναμία του ΚΝΣ, λόγω πρώιμης ατροφίας των νευρώνων», καθώς έγραφε. Παρά το στοιχειώδες των πληροφοριών, εδώ βλέπει ο Weber την πρώτη περιγραφή της νόσου που θα πάρει το όνομα του, θα προσθέσει ότι ούτε ο ίδιος ο Alzheimer ούτε οι σύγχρονοι του διείδαν την «παραδειγματική σημασία των ευρημάτων».

Η ανακοίνωση του Alzheimer στο προαναφερθέν Συνέδριο δημοσιεύτηκε το 1907 ως άρθρο με τίτλο: «Μια χαρακτηριστική νόσος του εγκεφαλικού φλοιού». Όπως παρατηρεί ο Beach, αυτή τη φορά σημείωνε: «νομίζουμε ότι τα ευρήματα αντιπροσωπεύουν μια μοναδική οντότητα». Η επισήμανση αυτή δεν είχε ούτε βάθος ούτε συνέχεια, μέχρι που ο Emil Kraepelin «δημιούργησε» τη νόσο Alzheimer. Η ονομασία δόθηκε το 1909, στην 8^η έκδοση του διάσημου Εγχειριδίου Ψυχιατρικής του. Ο Kraepelin δεν βασίστηκε, βέβαια, σε κάποιο επαρκές πλήθος αντικειμενικών ευρημάτων, αλλά στην ιδέα του περί νοσολογικών οντοτήτων. Ήταν αυτό που του επέτρεψε να δει διαφορετικά τα ευρήματα.

Διατυπώθηκε η άποψη πως, με τη δημιουργία μιας ξεχωριστής νοσολογικής οντότητας, ο Kraepelin ενίσχυσε τη θέση του οργανικισμού έναντι του φροϋδισμού. Υποστηρίχθηκε ακόμα ότι η πρόκριση του ονόματος εμπειρείχε ευθεία βολή εναντίων της σχολής της Πράγας, που είχε επικεφαλής τον Arnold Pick και μέλος της τον Otto Fischer. Ο τελευταίος δεν παραδεχόταν την ανεξάρτητη θέση της νόσου, χαρακτηρίζοντας την πρεσβυοφρενική άνοια. Οι δυο αυτές υποθέσεις μάλλον δεν στέκουν. Η πρώτη δεν αντιστοιχεί στην πραγματική φάση των σχέσεων των δυο ψυχιατρικών ρευμάτων. Όσο για τη δεύτερη, είναι μεν γεγονός η αντιπαλότητα των δύο Σχολών και η εύνοια προς τον Alzheimer, πλην όμως στη σκέψη του Kraepelin υπήρχε κάτι το αντικειμενικό, για να υποστηρίξει την αυτόνομη οντότητα μιας νέας νόσου.

Την απόδειξη εντοπίζει ο Beach στο ακόλουθο παράθεμα από το Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής του Kraepelin. «Η κλινική εξήγηση αυτής της νόσου του Alzheimer είναι ακόμα αβέβαιη. Αν και τα ανατομικά ευρήματα μας υποδεικνύουν ότι η κατάσταση αυτή σχετίζεται με μια ιδιαίτερα βαριά μορφή γεροντικής άνοιας, εντούτοις, μερικά περιστατικά εναντιώνονται σε αυτό, πρόκειται για το γεγονός ότι αυτή η νόσος μπορεί να εμφανίζεται ακόμα και στο τέλος της πέμπτης δεκαετίας. Τέτοιες περιπτώσεις μπορούν να περιγραφούν με όρους *senium praecox*, εκτός αν είναι προτιμητέο να τη θεωρήσουμε ως νόσο, λίγο ή πολύ ανεξάρτητη της ηλικίας».

Ήταν πανάρχαιη η αντίληψη, που κρατάει ίσαμε σήμερα, ότι σε κάθε περίοδο της ζωής αντιστοιχούν ορισμένες ασθένειες. Η επέκταση της αντίληψης αυτής στην Ψυχιατρική του 19^{ου} αιώνα ήταν κάτι το αυτονόητο. Η νέα νόσος ήταν, λοιπόν, ένα γήρας πριν την ώρα του, ένα *senium praecox*, όπως η *dementia praecox*, ήταν μια άνοια πριν την ώρα

της. Ταυτόχρονα ο Kraepelin αμφέβαλλε, άφηνε ένα περιθώριο ότι μπορεί και να πρόκειται για νόσο ανεξάρτητη της ηλικίας. Δεν αμφέβαλλε, βέβαια για το αν έχει ηλικία το γήρας ούτε μπορούσε να αποδείξει ότι η νέα νόσος διέφερε από το γήρας.

Το 1911, ο Alzheimer δημοσίευσε και δεύτερο περιστατικό, κοντά στα ευρήματα του οποίου συμπαρέθεσε και παραδείγματα από τις ιστοπαθολογικές εικόνες τις Auguste D. Στο σχετικό αρχείο βρέθηκε και η διάγνωση νόσος *Alzheimer*, γραμμένη με το χέρι του στο βιβλίο του παθολογοανατομικού εργαστηρίου, αν και στη δημοσίευση «δείχνει να ξαφνιάζεται» για τη χρησιμοποίηση του ονόματος του από τον Kraepelin, αποδεχόμενος, βέβαια το διαχωρισμό της νόσου από τη γεροντική άνοια.

Τα επόμενα χρόνια, σε Ευρώπη και Αμερική, δεν θα ξεχωρίζουν τη νόσο *Alzheimer* από την *Γεροντική άνοια*, παρά μόνο στο «βαθμό και την ηλικία έναρξης». Ο Ιταλός Lugaro δεν θα παραλείψει, μάλιστα να αναφερθεί το 1916 στο «βιαστικό βάπτισμα» της νόσου. Στη σύγχρονη εποχή υποστηρίζεται ότι αντιμετωπίζουμε ένα «σύνδρομο Alzheimer και όχι τη νόσο Alzheimer» και αναφερόμαστε πλέον σε άνοια τύπου *Alzheimer*.

Μέχρι πριν από μερικά χρόνια, δύο ήταν οι απόλυτες γνώσεις στα θέματα του νευρικού συστήματος: (α) ότι οι νευρώνες δεν πολλαπλασιάζονται και (β) ότι η νοητική έκπτωση κατά το γήρας οφείλεται σε σημαντική απώλεια νευρώνων. Ως προς την πρώτη βεβαιότητα, εντελώς πρόσφατες είναι οι διαπιστώσεις ότι κάποιος πολλαπλασιασμός νευρωνικών κυττάρων υφίσταται, ακόμα και στον ενήλικα άνθρωπο. Ως προς το δεύτερο, κλασική ήταν για πολλά χρόνια η ανασκόπηση σχετικών εργασιών στα τέλη της δεκαετίας του 80', από τους Coleman και Flood. Παρά τις κάποιες μικρές επιφυλάξεις, οι

συγγραφείς βεβαίωναν ότι κατά το γήρας επέρχεται απώλεια των νευρώνων του ιπποκάμπου της τάξης του 25-50%.

Τότε βέβαια στις εργασίες καταμετρούσαν την πυκνότητα των νευρώνων σε μια ορισμένη δομή και όχι τον αριθμό τους, όπως σήμερα. Δέκα χρόνια μετά, η ανάπτυξη νέων τεχνικών μέτρησης επέτρεψε την αλλαγή και της δεύτερης απόλυτης βεβαιότητας μας. Η ελάττωση του αριθμού των νευρώνων δεν είναι σημαντική κατά το γήρας, ακόμα κι όταν υπάρχει νοητική έκπτωση τουλάχιστον στον ενδορρινικό φλοιό και στον ιππόκαμπο. Δεν χρειάζεται βέβαια να υπενθυμίσουμε ότι παρατηρούνται διαταραχές μνήμης κατά το γήρας, μόνο που προέχει τώρα να τονίσουμε ότι αυτές οι διαταραχές δεν οφείλονται σε αθρόο κυτταρικό θάνατο ούτε στην ύπαρξη γεροντικών πλακών ή νευροϊνιδιακών εκφυλίσεων, αλλά σε ποσοτικές και ποιοτικές τροποποιήσεις στη λευκή ουσία και τις συνάψεις. Ποικίλα είναι τα συζητούμενα αίτια, όπως απώλεια συνάψεων, διακοπή της συνέχειας της μυελίνης, παραμόρφωση των δενδριτών, ιδιαίτερη όμως θέση κατέχει σήμερα στη συζήτηση η ικανότητα της συναπτικής πλαστικότητας, που μετέχει στην αποθήκευση νέων αναμνήσεων και η οποία μειώνεται με την ηλικία. Η ικανότητα αυτή μελετάται μάλιστα τελευταίως ως προς ορισμένες ψυχωσικές εκδηλώσεις, όπως το παραλήρημα, αλλά και ως προς τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς που διευκολύνουν την ψυχοθεραπεία. Ως παράδειγμα αναφέρεται ο καλός προσανατολισμός του ηλικιωμένου εντός του οικείου περιβάλλοντος του και η αδυναμία του να προσανατολιστεί σε ένα νέο, εξαιτίας ακριβώς της αδυναμίας του να σχηματίσει νέα νευρωνικά δίκτυα.

Η ραγδαία, κατά τα τελευταία χρόνια, συσσώρευση γνώσεων στον τομέα των νευροεπιστημών δεν είναι άμοιρη συνεπειών. «Εδώ και 30 περίπου χρόνια, με ολοένα και ταχύτερο ρυθμό, προστίθενται νέες

γνώσεις, που δικαίως κινητοποιούν αισθήματα θαυμασμού και ελπίδας: θαυμασμού για την αποκρυπτογράφηση επτασφράγιστων μυστικών της φύσης και ελπίδας για την προσδοκώμενη συμβολή των νέων γνώσεων στην ανακούφιση των ανθρώπων από τα δεινά της νόσου Alzheimer και των υπόλοιπων ανοιών»⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο προοδευτικής έκπτωσης των διανοητικών ικανοτήτων που προκαλεί γνωστική και λειτουργική αποδιοργάνωση η οποία οδηγεί σε διαταραχές της κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας. Η μεγάλη πλειονότητα των ανοιών οφείλεται σε εκφυλιστικά και αγγειακά αίτια.

Στο γενικό πληθυσμό άνοια εμφανίζουν:

§ Το 1% περίπου των ατόμων μέχρι 65 ετών

§ Το 4% περίπου των ατόμων μεταξύ 65 και 74 ετών

§ Το 20% περίπου των ατόμων μεταξύ 75 και 84 ετών⁵.

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες, μέχρι και το 47% των ατόμων πάνω από 85 ετών εμφανίζουν συμπτώματα άνοιας.

Επίσης, συνολικά το 4% των ατόμων πάνω από 65 ετών πάσχουν από άνοια, σε βαθμό που να καθίσταται αδύναμη η αυτόνομη διαβίωση τους.

Στις ΗΠΑ η ομάδα ηλικίας άνω των 65 ετών παρουσιάζει 5% σοβαρής μορφής άνοια και 10% ως 15% μέτρια ως ήπια διανοητική υποβάθμιση. Ακόμα 580.000 άτομα που πάσχουν από άνοια ζουν σε γηριατρικά ιδρύματα, ενώ άλλα 2,5 εκατομμύρια αντιμετωπίζονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον τους στην κοινότητα. Μέχρι το 2030 τα θύματα της νόσου θα ανέλθουν σε 4,8 εκατομμύρια, ενώ ένας στους τρεις νέους που θα έχει γονείς άνω των 65 ετών θα ασχολείται με την φροντίδα τους εξαιτίας της νόσου⁶.

Σύμφωνα με τον Prochazka και τους συνεργάτες του η συχνότητα της άνοιας στον πληθυσμό της Αυστραλίας αντιστοιχεί σε 5% στην ομάδα 75 ως 79 ετών και σε 23,6% σε άτομα μεγαλύτερα των 85 ετών².

Στην Ελλάδα το 9% των ατόμων άνω των 70 ετών πάσχει από άνοια, ενώ το 6% από άνοια τύπου Alzheimer. Υπολογίζεται ότι 150.000 Έλληνες πάσχουν από τη νόσο Alzheimer, ενώ αναμένονται κάθε χρόνο 50.000 νέες περιπτώσεις. Ως προς το φύλο μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται σε γυναίκες. Τα στοιχεία αυτά περιλαμβάνονται σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη και παρουσιάστηκε σε ημερίδα από τον πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρίας Νόσου Alzheimer⁷.

Η νευρολόγος – ψυχίατρος Μαγδαλήνη Τσολάκη, καθηγήτρια του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου, περιέγραψε τη νόσο Alzheimer ως την πλέον σημαντική άνοια, εξαιτίας της μεγάλης συχνότητας της. Παραδοσιακά οι κλινικοί τη διέκριναν σε γεροντική και προγεροντική άνοια, με ενδεικτικό κριτήριο το χρόνο ενάρξεως της. Σήμερα όμως αναφέρεται και στην γεροντική και μάλιστα με μεγαλύτερη συχνότητα, αφού προσβάλλει περίπου το 10% των ατόμων άνω των 65 ετών, το 20% των ατόμων άνω των 80 ετών και το 25-35% των ατόμων άνω των 85 ετών. Η ετησία επίπτωση της νόσου είναι 0,5%. Ακόμα από τα 420 εκατομμύρια ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, τα 25 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από άνοια, ενώ τα επόμενα χρόνια ο αριθμός αυτός αναμένεται να διπλασιαστεί^{8,9}.

Η νόσος Alzheimer καλύπτει το 60% περίπου των ανοιών στο γενικό πληθυσμό, ένα άλλο 15–20% αναλογεί στη νόσο των σωματιδίων του Lewy και άλλο ένα 15% περίπου ανήκει στις αγγειακές άνοιες. Οι υπόλοιπες άνοιες εμφανίζονται μάλλον σπάνια. Ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας: όσο αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης τόσο θα αυξάνει και ο αριθμός των ατόμων με άνοια. Η νόσος

είναι προοδευτική και παρουσιάζει επιδείνωση που μπορεί να διαρκέσει πιο πολύ από 10 χρόνια με κατάληξη το θάνατο⁶.

Φαίνεται όμως, ότι για μια μεγάλη μερίδα ασθενών υπάρχει ελπίδα. Η κ. Τσολάκη διαβεβαίωσε ότι με την κατάλληλη θεραπεία, η κατάσταση της υγείας του 10% των αρρώστων μπορεί είτε να σταθεροποιηθεί είτε να βελτιωθεί. Τόνισε, δε, ότι το ποσοστό σε 5% οι άνοιες είναι πλήρως αναστρέψιμες και ιδιαίτερα εκείνες που οφείλονται μεταξύ άλλων σε τοξικότητα φαρμάκων, κατάθλιψη και μεταβολικές διαταραχές από ηπατική νόσο^{8,9}.



2.2. ΑΝΑΤΟΜΟΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΟΙΩΝ

Οι άνοιες εκδηλώνονται με συμπτώματα που άλλοτε μοιάζουν να οφείλονται σε βλάβες που γίνονται κυρίως στον φλοιό του εγκεφάλου και άλλοτε σε βλάβες κέντρων που βρίσκονται χαμηλότερα.

A. ΝΟΣΟΙ ΜΕ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΦΛΟΙΩΔΟΥΣ ΑΝΟΙΑΣ

1. Νόσος Alzheimer
2. Νόσος Pick

B. ΝΟΣΟΙ ΜΕ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΦΛΟΙΩΔΟΥΣ ΑΝΟΙΑΣ

1. Νόσος Parkinson
2. Νόσος Wilson
3. Νόσος Huntington
4. Θαλαμικές βλάβες

5. Προϊούσα υπερπυρινική παράλυση
6. Τοξικές και μεταβολικές εγκεφαλοπάθειες
7. Νωτιοπαρεγκεφαλικές εκφυλίσεις
8. Υποφλοιώδη έμφρακτα
9. Υδροκέφαλος

Γ. ΝΟΣΟΙ ΜΕ ΜΙΚΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Πολυεμφρακτική άνοια
2. Άνοια με σωματία Lewy
3. Μετά από λοίμωξη, AIDS, σύφιλη, τραύμα, ανοξία, τοξικά αίτια, όγκο
4. Σκλήρυνση κατά πλάκας
5. Στερητικά σύνδρομα
6. Ενδοκρινικές διαταραχές
7. Νόσος Creutzfeld-Jacob

Όλες οι άνοιες εμπεριέχουν και τις δυο ανατομικές μορφές και μάλλον δεν υπάρχουν αμιγείς φλοιώδεις και υποφλοιώδεις.

Υπάρχει όμως, πρακτική σημασία στη διάκριση αυτή, λόγω της διαφορετικής κλινικής εικόνας και πιθανώς της φαρμακευτικής παρέμβασης^{7,10}.

2.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι άνοιες είναι πολλαπλής αιτιολογίας. Επομένως, ανάλογα με τη μορφή της άνοιας διαφέρουν και οι αλλοιώσεις στον εγκέφαλο. Επειδή σε κάθε περίπτωση υπάρχει καταστροφή κυττάρων στον εγκέφαλο ,

έχουμε ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού, γεγονός το οποίο αποτελεί κοινό σημείο σε όλες τις μορφές άνοιας¹¹.

Από τις αιτίες που προκαλούν άνοια ξεχωρίζουν οι:

1. Εκφυλιστικές Παθήσεις

Η νόσος Alzheimer είναι ο κύριος εκφραστής αυτής της ομάδας και καλύπτει τουλάχιστον το 50% όλων των περιπτώσεων άνοιας. Άλλες εκφυλιστικές παθήσεις που προκαλούν ή συνοδεύονται από άνοια είναι η χορεία Huntington, η νόσος Parkinson και οι διάφορες παραλλαγές της, η νόσος μετά σωματίων Lewy, η νόσος Pick, η προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση, η νόσος Wilson και μερικές κληρονομικές αταξίες.

2. Αγγειακές Παθήσεις

Πολύ συχνή είναι η άνοια από μικροεγκεφαλικά επεισόδια, η αποκαλούμενη πολυεμφρακτική άνοια λόγω βλάβης του εγκεφάλου από πολλαπλά, μικρά ισχαιμικά επεισόδια. Πολλές φορές στην μικροαγγειοπάθεια υπάρχει και συνδυασμός με μεγαλύτερο έμφρακτο ή με εγκεφαλική αιμορραγία. Σχεδόν 20% των περιπτώσεων άνοιας είναι αγγειακής αιτιολογίας.

Μία άλλη αποφρακτική κληρονομική αγγειοπάθεια της λευκής ουσίας που μεταδίδεται με τον επικρατούντα χαρακτήρα που λέγεται με τα αρχικά της CADASIL, προκαλεί επίσης άνοια. Οι αγγειίτιδες, είτε μεμονωμένη αγγειίτιδα του ΚΝΣ ή λόγω συστηματικών νόσων είναι μια σημαντική αιτία αναστρέψιμης άνοιας, γιατί με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, η άνοια μπορεί να ανασταλεί.

3. Όγκοι και Τραύματα

Όγκοι του εγκεφάλου, άλλες χωροκατακτητικές επεξεργασίες, υποσκληρίδια αιματώματα, είναι, αν και λιγότερο συχνά, αιτίες άνοιας, χωρίς απαραίτητα να προκαλούν εστιακή σημειολογία. Πολλαπλά μικροτραύματα, όπως αυτά των πυγμάχων, προκαλούν επίσης άνοια με συνοδά εξωπυραμιδικά συμπτώματα.

Ο χρόνιας επικοινωνούν υδροκέφαλος ή υδροκέφαλος χαμηλής τάσεως είναι επίσης υπεύθυνος για την ανάπτυξη άνοιας σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών.

4. Μεταβολικές ή Τοξικές Παθήσεις

Χαρακτηριστικότερη είναι η άνοια λόγω έλλειψης βιταμίνης B₁₂, υπερθυρεοειδισμού ή χρόνιας δηλητηρίασης με CO. Από τις κληρονομικές μεταβολικές παθήσεις, πέραν των προαναφερθέντων, πρέπει να σημειωθεί η νόσος Wilson, οι λιπιδώσεις, οι ξανθοματώσεις, η αδρενολευκοδυστροφία και οι διάφορες μιτοχονδριακές παθήσεις. Αν και η έκθεση σε τοξικές ουσίες αναφέρεται πάντα ως αιτία άνοιας, πολύ σπάνια παρατηρείται σήμερα άνοια που αποδίδεται αποκλειστικά σε τοξικότητα από μέταλλα.

5. Φλεγμονώδεις και Ανοσοβιολογικές Παθήσεις

Προέχουν οι νόσοι από prion (π.χ. νόσος Creutzfeldt-Jacob), η νευροσύφιλη, διάφορες εγκεφαλίτιδες και η σκλήρυνση κατά πλάκας. Μια άλλη αιτία άνοιας είναι η προκαλούμενη από τη λοίμωξη με HIV, που θεωρείται, τουλάχιστον στα αρχικά της στάδια, θεραπεύσιμη.

6. Κατάθλιψη

Μπορεί να προκαλέσει μια εικόνα ψευδό-άνοιας, που είναι θεραπεύσιμη και πρέπει πάντα να αποκλείεται^{12,13}.

2.4. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η γενετική συμμετοχή στην αιτιοπαθογένεια της νόσου Alzheimer είναι από παλαιά γνωστή από επιδημιολογικές μελέτες, καθώς και από μελέτες με οικογένειες και διδύμους. Έχει υπολογισθεί ότι τουλάχιστον 25-40% των περιπτώσεων είναι οικογενείς(τουλάχιστον ένα ακόμη προσβεβλημένο μέλος στην οικογένεια) και η συμφωνία για τη νόσο ανάμεσα σε μονοζυγωτικά δίδυμα είναι κατά μέσο όρο 50%, δεδομένο που, ενώ ισχυροποιεί την άποψη της συμμετοχής γενετικών παραγόντων, τονίζει παράλληλα τη σημαντική επίδραση των παραγόντων του περιβάλλοντος στην εμφάνιση της νόσου^{14,15}.

Οι οικογενείς μορφές της νόσου περιλαμβάνουν τους εξής κλινικούς τύπους:

1. Νόσος Alzheimer με πρόωμη έναρξη ("προγεροντική" άνοια).

Η γενετική συμμετοχή στη μορφή αυτή (έναρξη πριν το 65^ο έτος) είναι ιδιαίτερα ισχυρή και οι σχετικές μελέτες έχουν ήδη αναδείξει τρία επικρατητικά γονίδια που η μεταλλαγή τους μπορεί να προκαλέσει τη νόσο. Το γονίδιο της APP(Amyloid Precursor Protein) κωδικοποιεί μία πρωτεΐνη, που είναι πρόδρομη της πρωτεΐνης του αμυλοειδούς η οποία εντοπίζεται στις γεροντικές πλάκες. Το γονίδιο αυτό βρίσκεται στο χρωμόσωμα 21 και οι μεταλλάξεις του είναι υπεύθυνες για το 5% περίπου των περιπτώσεων της νόσου με πρόωμη έναρξη. Το πιο συχνό

όμως γονίδιο (οι μεταλλαγές του ενοχοποιούνται για το 70% των περιπτώσεων της νόσου με πρώιμη έναρξη) βρίσκεται στο χρωμόσωμα 14 και κωδικοποιεί μια μεμβρανική πρωτεΐνη που αδύκιμος έχει χαρακτηριστεί ως "πρεσενελίνη-1". Τέλος αναγνωρίστηκε ένα τρίτο γονίδιο που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 1 και κωδικοποιεί μια άλλη μεμβρανική πρωτεΐνη, την "πρεσενελίνη-2". Θα πρέπει να σημειωθεί με έμφαση ότι υπάρχουν οικογενείς περιπτώσεις της νόσου Alzheimer με πρώιμη έναρξη, που δεν οφείλονται σε καμία από τις παραπάνω μεταλλάξεις. Έτσι είναι εύλογο να υποθέσει κανείς ότι προφανώς υπάρχει και άλλο (ή άλλα) γονίδιο, που μέχρι στιγμής τουλάχιστον δεν έχει χαρτογραφηθεί.

2. Νόσος Alzheimer με όψιμη έναρξη ("γεροντική" άνοια).

Η μορφή αυτή έχει συνδεθεί με το γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης E (Apo E) στο χρωμόσωμα 19. Η απολιποπρωτεΐνη E θεωρείται μείζων παράγων κινδύνου για την εμφάνιση της μορφής αυτής της νόσου Alzheimer.

Η ApoE έχει τρεις απλότυπους E_2 , E_3 και E_4 . Έχει αναφερθεί ότι όταν ένα άτομο ηλικίας 75 ετών έχει γονιδιακό έδαφος Apo E_{2-2} τότε η πιθανότητα του να αναπτύξει νόσο Alzheimer είναι χαμηλή(20%), ενώ αν το γονιδιακό του έδαφος είναι Apo E_{4-4} , η αντίστοιχη πιθανότητα είναι περίπου 95%.

Το εύρημα πάντως αυτό (αυξημένος κίνδυνος νόσησης σε ομοζυγώτες με Apo E_{4-4}) αποκτά μεγάλη σημασία για τη μοριακή μελέτη της νόσου Alzheimer, γιατί εκτός από τις οικογενείς μορφές με όψιμη έναρξη, φαίνεται να επηρεάζει και τις μορφές με πρώιμη έναρξη αλλά και τις σποραδικές^{14,16}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η κλινική εικόνα της άνοιας παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

- Έκπτωση της μνήμης (σύμπτωμα που υπάρχει στο 100% των ατόμων που πάσχουν από άνοια).

Έκπτωση βραχύχρονης μνήμης αρχικά και εν συνεχεία, της μακρόχρονης (ο πάσχων αρχικά ξεχνάει τα πρόσφατα γεγονότα και αργότερα τα παλαιά γεγονότα), επειδή υπάρχει ανεπάρκεια καταγραφής, αποτύπωσης και ανάκλησης στη μνήμη νέας πληροφορίας. Το αποτέλεσμα είναι λάθη, ατυχήματα, απώλειες στο σπίτι.

Στην εξέταση της μνήμης αξιολογείται και η υπεκφυγή να απαντήσει σε κάποια ερώτηση.

- Έκπτωση της αφηρημένης σκέψης.

Είναι η δυσκολία στον προσδιορισμό ομοιοτήτων και διαφορών σε συναφείς λέξεις, δυσχέρεια στον ορισμό λέξεων και εννοιών.

- Έκπτωση της κρίσης.

Είναι η ανικανότητα λογικού σχεδιασμού.

- Αφασικές διαταραχές.

Είναι οι διαταραχές του λόγου.

- Απραξία.

Είναι η αδυναμία να κάνει κάτι παρά τη διατήρηση της κινητικότητας.

- Αγνωσία.

Είναι η αδυναμία προσδιορισμού αντικειμένου.

- Κατασκευαστική δυσχέρεια.

Είναι η αδυναμία συναρμολόγησης ή αντιγραφής σχημάτων.

- Διαταραχή του προσανατολισμού στο χρόνο και στο χώρο.

Τα μεγαλύτερα σύνολα (π.χ. ο χρόνος) είναι τα πρώτα που επηρεάζονται.

Δεν γίνεται ένταξη των τρεχόντων γεγονότων σε ένα πλαίσιο παρελθόντος ή μέλλοντος (καλός δείκτης για εξέταση το έτος και ο μήνας, επειδή έπονται και ακολουθούν σταθερές).

- Διαταραχές προσανατολισμού στα πρόσωπα.

Οι φυσιολογικοί άνθρωποι βλέπουν τις διαφορές ανάμεσα σε δύο όμοια πράγματα, ενώ οι ανοϊκοί βλέπουν τις ομοιότητες σε δύο διαφορετικούς ανθρώπους, ταυτίζοντας έτσι, πιθανώς, δύο άτομα με κοινά χαρακτηριστικά.

- Μεταβολή του χαρακτήρα.

- Συναισθηματική αστάθεια.

- Ξεσπάσματα επιθετικότητας ή οργής (εκρηκτικού τύπου).

- Έκπτωση της κρίσης, που αναδεικνύεται σε κοινωνικές περιστάσεις.

- Απάθεια, αδιαφορία.

- Καχυποψία.

Η εκτίμηση βασίζεται στη μεταβολή της συμπεριφοράς.

- Περιπλάνηση (μπορεί να είναι αμνησιακή, αναχρονιστική, ανακουφιστική ή αταβιστική).

- Ξεχνάει να πληρώσει(εκδηλώνεται ως αντικοινωνική συμπεριφορά) ή ξεχνάει να κουμπωθεί (μπορεί να εκτιμηθεί ως παλινδρόμηση ορμών).

- Υπερβολικό δέσιμο με την ιδιοκτησία και το χρήμα (ανασφάλεια)^{7,17}.

Άλλα συμπτώματα είναι:

- Κατάθλιψη (15-25%).
- Ψυχωτικές διαταραχές (87%):
 - Διωκτικές ιδέες (63%)
 - Ψευδείς κατηγορίες (60%)
 - Ψευδαισθητική συμπεριφορά, πιο συχνά το βράδυ (87%)
 - Ακράτεια (40%)
 - Επιθετικότητα με λόγια ή πράξεις (47%)¹⁸.

Στις απαντήσεις της εξέτασης, θα πρέπει να συνεκτιμάται η επιβράδυνση των νοητικών λειτουργιών λόγω φυσιολογικού γήρατος.

Η εμφάνιση της άνοιας γίνεται συνήθως προοδευτικά και χωρίς θορυβώδη συμπτώματα, γι' αυτό και γίνεται πιο γρήγορα αντιληπτή στα θύματα της νόσου νεότερης ηλικίας και σε όσους εργάζονται ιδιαίτερα σε επαγγέλματα που απαιτούν πνευματική προσπάθεια⁷.



3.2. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η πορεία της νόσου είναι κατά κανόνα προοδευτική. Έτσι, η ασθένεια μεταβαίνει από το ένα στάδιο στο άλλο με μια ιδιαίτερα συστηματική σταθερότητα.

Ακόμη, όμως και όταν η πορεία της νόσου δεν είναι προοδευτική, αλλά πάλι θα υπάρξει μετάβαση στο επόμενο στάδιο.

Στάδιο 1

Χωρίς διαταραχές ανώτερων λειτουργιών αντικειμενικά και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις.

Στάδιο 2

Υποκειμενικές αιτιάσεις για διαταραχές στη μνήμη, πιο συχνά στους εξής τομείς:

- ξεχνούν που έχουν βάλει γνωστά τους αντικείμενα
- ξεχνούν ονόματα που στο παρελθόν ήξεραν καλά.

Δεν υπάρχουν αντικειμενικές ενδείξεις στην κλινική εξέταση.

Δεν υπάρχουν αντικειμενικές ενδείξεις στη δουλειά ή σε κοινωνικές περιστάσεις.

Στάδιο 3

Εκδηλώσεις σε περισσότερα από ένα από τα ακόλουθα:

1. Μπορεί να χάθηκαν όταν ταξίδευαν σε άγνωστο μέρος.
2. Οι συνάδελφοι τους παρατηρούν μειωμένη απόδοση στην εργασία.
3. Το πρόβλημα στο να βρίσκουν ονόματα και λέξεις γίνεται προφανές στους οικείους.
4. Μπορεί να διαβάζουν κάτι και να συγκρατούν πολύ λίγα στοιχεία.
5. Μπορεί να δείχνουν μειωμένη ευκολία στο να θυμούνται ονόματα νέων γνωριμιών.
6. Μπορεί να έχασαν ή να τοποθέτησαν σε λάθος μέρος αντικείμενα αξίας.
7. Διαταραχές της συγκέντρωσης μπορεί να είναι προφανείς σε κλινική εξέταση.

8. Μειωμένη απόδοση σε αναζήτηση εργασίας και κοινωνικού δικτύου.
9. Η άρνηση ως μηχανισμός άμυνας αρχίζει να γίνεται προφανής.
10. Ήπιο με μέτριο άγχος ως συνοδό σύμπτωμα.

Αντικειμενικές ενδείξεις μόνο σε συστηματική κλινική συνέντευξη.

Στάδιο 4

1. Μειωμένη γνώση τρέχοντων και πρόσφατων γεγονότων.
2. Κενά μνήμης στην προσωπική τους ιστορία.
3. Το πρόβλημα στη συγκέντρωση είναι προφανές με συνεχείς αφαιρέσεις.
4. Μειωμένη ικανότητα να ταξιδέψουν, να χειριστούν οικονομικές υποθέσεις.
5. Αδυναμία για σύνθετες εργασίες.
6. Η άρνηση γίνεται βασικός μηχανισμός άμυνας.
7. Το συναίσθημα αμβλύνεται.
8. Απόσυρση από προβληματικές καταστάσεις.

Συνήθως, δεν εκδηλώνονται ακόμη προβλήματα σε:

- προσανατολισμό σε χώρο και σε χρόνο,
- αναγνώριση γνωστών ανθρώπων,
- ικανότητα να ταξιδεύουν σε γνωστά μέρη.

Το στάδιο 4 είναι εκείνο κατά το οποίο γίνεται συχνότερα η διάγνωση.

Στάδιο 5

Ο ασθενής δεν μπορεί πια να επιζήσει χωρίς βοήθεια:

1. Δεν μπορεί κατά τη συνέντευξη να ανακαλέσει βασικά προσωπικά του στοιχεία (π.χ. διεύθυνση, τηλέφωνο, όνομα εγγονιών, σχολείο αποφοίτησης).
2. Συχνά κάποια διαταραχή σε χρόνο ή τόπο.
3. Μορφωμένα άτομα μπορεί να δυσκολεύονται να μετράνε αντίστροφα (40-4, 20-2 κ.λ.π.).
4. Ίσως δυσκολεύονται στην επιλογή του σωστού ρούχου.

Στο στάδιο 5 διατηρούν γνώση σημαντικών γεγονότων που έχουν συμβεί σε αυτούς ή άλλους. Ξέρουν τα ονόματα παιδιών, συζύγου και το δικό τους. Δεν ζητούν βοήθεια στην τουαλέτα ή το φαγητό.

Στάδιο 6

1. Μπορεί κάθε τόσο να ξεχγούν το όνομα του/ της συζύγου, από τον οποίο εξαρτάται η επιβίωση τους.
2. Γενικά δεν γνωρίζουν όλα τα πρόσφατα γεγονότα και όλες τις πρόσφατες εμπειρίες τους.
3. Γενικά, δεν έχουν γνώση του περιβάλλοντος τους, του χρόνου, της εποχής, κ.λπ..
4. Μπορεί να δυσκολεύονται να μετρήσουν αντίστροφα από το 10 ή ίσως και κανονικά.
5. Χρειάζονται κάποια βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής (ακράτεια, σε ταξίδι κ.λπ.).
6. Συχνά, ο ρυθμός ύπνου – εγρήγορσης είναι διαταραγμένος.
7. Συνεχίζουν να θυμούνται το όνομα τους και να διακρίνουν γνωστά από άγνωστα τους άτομα.
8. Διαταραχές στον χαρακτήρα και τα συναισθήματα τους.

9. Πιθανή παραληρητική συμπεριφορά (κατηγορίες κατά του συζύγου, ομιλία σε καθρέφτη ή μόνοι τους).
10. Πιθανά ψυχαναγκαστικά συμπτώματα (π.χ. συνεχείς δραστηριότητες καθαριότητας).
11. Πιθανά αγχώδη συμπτώματα, διεγέρσεις, μέχρι και βίαιη συμπεριφορά.
12. Πιθανή «Γνωσιακή Αβουλία»: (δεν μπορούν να έχουν σκέψη επ' αρκετόν, ώστε αυτή να προσδιορίσει πράξη).

Γνωρίζουν μερικά σπάνια γεγονότα από την παρελθούσα ζωή τους.

Στάδιο 7

1. Απώλεια κάθε λεκτικής δραστηριότητας.
2. Ακράτεια ούρων.
3. Απαραίτητη η βοήθεια στην τουαλέτα και το φαγητό.
4. Απώλεια βασικών ψυχοκινητικών λειτουργιών (π.χ. αδυναμία βάδισης).

Το μυαλό μοιάζει να μην μπορεί πια να πει στο σώμα τι να κάνει⁷.

3.3. ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΟΥΝ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Πρέπει να υπάρχει συνεχής επαγρύπνηση για ενδεχόμενη εκδήλωση ή επιδείνωση της νόσου, η οποία δε σχετίζεται με την ασθένεια, αλλά με κάποιον από τους παρακάτω παράγοντες:

1. Υπο-υπεργλυκαιμία,
2. Υπονατριαιμία,
3. Λοίμωξη,

4. Πυρετός,
5. Αναιμία,
6. Εγκεφαλικό επεισόδιο,
7. Φάρμακα:
 - Βενζοδιαζεπίνες
 - Υπνωτικά, βαρβιτουρικά
 - Νευροληπτικά
 - Αντικαταθλιπτικά
 - Αντιϊσταμινικά
 - Διουρητικά
 - Αντιϋπερτασικά, γλυκοσίδες
 - Αναστολείς διαύλων ασβεστίου
 - Αναλγητικά
 - Αντιφλεγμονώδη.

Οι παράγοντες αυτοί είναι αναστρέψιμοι και επιβαρύνουν τη μη αναστρέψιμη άνοια, δηλαδή επιδεινώνουν τη σύγχυση των ατόμων με άνοια⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της άνοιας δεν είναι δύσκολη, αλλά πρέπει να πραγματοποιείται γρήγορα.

Αυτό που είναι δύσκολο και είναι πρακτικά δυνατό μόνο μετά το θάνατο του ατόμου, με την ιστοπαθολογική εξέταση του εγκεφάλου του, είναι η διάγνωση της μορφής της άνοιας που έπασχε με απόλυτη βεβαιότητα.

Όμως σε ποσοστά που πλησιάζουν το 90%, ο σημερινός κλινικός ειδικός ιατρός, με τη βοήθεια της προσιτής σε όλους εργαστηριακής εκτίμησης είναι σε θέση να κάνει τη διάγνωση²⁰.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας κατά το DSM-III R είναι:

A. Αντικειμενική απόδειξη μείωσης της πρόσφατης και παλαιάς μνήμης. Το έλλειμμα της πρόσφατης μνήμης μπορεί να υποδεικνύεται από την ανικανότητα του ατόμου να θυμηθεί τρία αντικείμενα μετά από πέντε λεπτά. Το έλλειμμα της παλαιάς μνήμης μπορεί να υποδεικνύεται από την ανικανότητα να θυμηθεί προσωπικές πληροφορίες του παρελθόντος.

B. Τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω στοιχεία:

1) Έλλειμμα αφηρημένης σκέψης, που αναγνωρίζεται από την ανικανότητα διάκρισης ομοιοτήτων και διαφορών μεταξύ συγγενών λέξεων, στη δυσκολία ορισμού λέξεων και εννοιών και από άλλες παρόμοιες δοκιμασίες.

2) Έλλειμμα κρίσης, που αναγνωρίζεται από την ανικανότητα κατάρτισης λογικών σχεδίων για την αντιμετώπιση προβλημάτων ή ζητημάτων διαπροσωπικών, οικογενειακών ή συνδεδεμένων με την εργασία.

3) Άλλες διαταραχές των ανωτέρων λειτουργιών του φλοιού, όπως π.χ. αφασία, απραξία, αγνωσία, "κατασκευαστική απραξία".

4) Μεταβολές της προσωπικότητας, όπως π.χ. αλλοίωση ή επίταση προνοσηρών χαρακτηριστικών.

Γ. Η διαταραχή του Α και του Β επηρεάζει σημαντικά την εργασία ή τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες, ή τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Δ. Δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια του παραληρήματος.

Ε. Ένα από τα ακόλουθα στοιχεία:

1) απόδειξη βάση του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης, των εργαστηριακών εξετάσεων, ενός ειδικού παράγοντα που σχετίζεται με τη διαταραχή,

2) υπόθεση, αν δεν υπάρχει απόδειξη, οργανικού αιτιολογικού παράγοντα αν η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί σε μη οργανική διανοητική διαταραχή.

Η διάγνωση της άνοιας πρέπει να γίνεται έγκαιρα και για θεραπευτικούς λόγους: « Ένα μικρό ποσοστό των ανοιών μπορεί να είναι πλήρως ή μερικώς αναστρέψιμες ».

Για παράδειγμα, πίσω από κάποια συμπτώματα που μοιάζουν με συμπτώματα άνοιας, μπορεί να κρύβεται μια κατάθλιψη, η οποία να μην επηρεάζει καθοριστικά την ποιότητα ζωής, αλλά είναι μία ιάσιμη νόσος.

- § Για τη γεροντική άνοια και τη νόσο Alzheimer, όπως και για όλες τις χρόνιες άνοιες, υπάρχουν πλέον ειδικές θεραπείες που επιβραδύνουν την εξέλιξη των νόσων.
- § Οι αγγειακής αιτιολογίας άνοιες θα πρέπει επιπλέον να αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά, περίπου όπως και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια^{21,22}.

Ο κύριος λόγος όμως, για τον οποίο η διάγνωση πρέπει να γίνεται έγκαιρα είναι η σωστή ενημέρωση και ο σωστός προγραμματισμός του ατόμου που πάσχει από άνοια και της οικογένειάς του. Η διάγνωση της άνοιας και η διάκριση άνοιας και κατάθλιψης είναι δουλειά του ιατρού.

Υπάρχουν, όμως ορισμένες δοκιμασίες (tests) που μπορούν να αποτελέσουν μια πρώτη προσέγγιση, οι οποίες σε συνδυασμό με την κλινική εκτίμηση και τις εργαστηριακές εξετάσεις που πιθανόν απαιτηθούν, μπορεί να διευκολύνουν το έργο του ιατρού και σε κάθε περίπτωση να οδηγήσουν σε σωστή και αιτιολογημένη παραπομπή στον ειδικό ιατρό.

Πολλές είναι οι δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση της άνοιας.

Οι δοκιμασίες αυτές περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με τα συμπτώματα της άνοιας όπως αυτά εκδηλώνονται στην καθημερινή ζωή και τις συνήθειες του αρρώστου, παράγοντες οι οποίοι προφανώς προσδιορίζονται από τις δυνατότητες του ατόμου με άνοια.

Με κριτήριο το να μπορεί κάποιος, όχι υποχρεωτικά ειδικός, να κάνει μέσα σε λίγη ώρα μια αξιόπιστη διάγνωση, επιλέχθηκαν ορισμένες δοκιμασίες, οι οποίες αναπτύσσονται αναλυτικά παρακάτω μαζί με τις οδηγίες για την εκτέλεση τους:

- 1) Βοηθούν σε αδρά εκτίμηση του κατά πόσον υπάρχει άνοια.
- 2) Βοηθούν σε εκτίμηση του σταδίου, στο οποίο βρίσκεται η άνοια.
- 3) Βοηθούν σε εκτίμηση πιθανής κατάθλιψης, προκειμένου το άτομο να απευθυνθεί άμεσα σε ειδικό ιατρό.
- 4) Βοηθούν να προσδιοριστεί κατά πόσον πρόκειται για γεροντική άνοια, άνοια τύπου Alzheimer ή τύπου πολυεμφρακτικής, οι οποίες είναι οι συχνότερες μορφές άνοιας.
- 5) Βοηθούν στην παρακολούθηση της πορείας της άνοιας μέσα από τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς.
- 6) Βοηθούν στον έλεγχο της σωστής διατροφής του ατόμου που πάσχει από άνοια.

Ο συνολικός χρόνος που απαιτείται για την εκτέλεση των δοκιμασιών είναι περίπου 45 λεπτά, που είναι αρκετός για να προσδιοριστούν οι θεραπευτικές ανάγκες και να δοθούν οι οδηγίες στους συγγενείς²³.

4.2. ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ

Η διάγνωση και η εν συνεχεία παρακολούθηση του περιστατικού μπορούν να βοηθηθούν και να διευκολυνθούν από σειρά δοκιμασιών, οι οποίες είναι εύχρηστες για κάθε επαγγελματία υγείας και επαρκές για να

καθοδηγήσουν κάθε είδους θεραπευτική παρέμβαση, χωρίς να είναι απαραίτητα χρονοβόρες^{5,7}.

Η νευροψυχολογική εξέταση μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη διάγνωση της άνοιας ελαφριάς μορφής, ειδικά όταν εκτιμάται καθυστέρηση στην ανάκληση μιας ανάμνησης.

Τα νευροψυχολογικά τεστ μπορούν να προσδιορίσουν την απόδοση σε ποικίλους γνωστικούς τομείς, μεταξύ των οποίων ο προσανατολισμός και η συγκέντρωση, οι λειτουργίες της γλώσσας, η ικανότητα οπτικοκινητικού συντονισμού, η μνήμη, η αφηρημένη σκέψη και αντίληψη και οι εκτελεστικές λειτουργίες. Η εκτίμηση της απόδοσης ενός ατόμου σε τέτοιου είδους δοκιμασίες μπορεί να βοηθήσει: α) στη διάγνωση της άνοιας σε άτομα με υψηλές προνοσηρά νοητικές ικανότητες, β) στη διάκριση μεταξύ των ασθενών με εστιακές εγκεφαλικές βλάβες και γ) στη διαφοροποίηση ορισμένων μορφών άνοιας.

Η νευροψυχολογική εξέταση πρέπει να ερμηνευθεί σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες κλινικές πληροφορίες, όπως το ιστορικό γνωστικής έκπτωσης το οποίο βασίζεται σε πληροφορίες που αντλούνται από τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς, ενδείξεις διαταραχής των καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, μορφωτική υποδομή, εξέταση για κατάθλιψη, αισθητηριακές διαταραχές, καθώς και σε άλλους παράγοντες πέρα από την άνοια, οι οποίοι μπορεί να εξηγούν τη μειωμένη απόδοση¹⁸.

Καθεμία από τις δοκιμασίες που επιλέχθηκαν απαιτεί 5 με 10 λεπτά της ώρας, δηλαδή συνολικά 45 λεπτά, αν απαιτείται εκτέλεση όλων, αφότου αποκτηθεί μια εξοικείωση.

Τα διαγνωστικά βήματα για την άνοια περιλαμβάνουν:

1. Τη διαπίστωση ότι κάποιο άτομο παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα άνοιας. Η πιο διαδεδομένη δοκιμασία που βοηθάει σε μια πρώτη σχετική διάγνωση είναι η **Mini Mental State Examination (MMSE)**.

2. Το **FAQ**, το οποίο είναι μια μέτρηση των λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου, βασισμένο σε πληροφοριοδότες, οι οποίοι αξιολογούν τους εξεταζόμενους σε δέκα πολύπλοκες, ανωτάτου επιπέδου δραστηριότητες.

3. Διάκριση μεταξύ άνοιας και κατάθλιψης και κατά συνέπεια τον αποκλεισμό του ενδεχόμενου να βρίσκεται κάποιος ενώπιον μιας κατάθλιψης που υποδύεται συμπτώματα άνοιας.

4. Παράθεση μιας δοκιμασίας της **Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)**, η οποία προσδιορίζει την παρουσία κατάθλιψης, με κάποια εξειδίκευση στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, καθώς αυτά είναι τα πιο συχνά θύματα της άνοιας.

5. Στάδια της άνοιας. Όταν πειστούμε ότι πρόκειται για άνοια, κάτι που μπορεί να επιβεβαιωθεί με αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η οποία είναι πιθανόν να αναδείξει ατροφία του εγκεφάλου, τότε προέχει να διαπιστώσουμε σε ποιο στάδιο της νόσου βρίσκεται ο ασθενής.

6. Ταυτόχρονα, είναι χρήσιμο να πιθανολογήσουμε αν πρόκειται για άνοια αγγειακής αιτιολογίας (πολυεμφρακτική) ή για εκφυλιστική, έχοντας κατά νου ότι η εκφυλιστική και η αγγειακή άνοια μπορεί να συνυπάρχουν. Γι' αυτό το λόγο, παρατίθεται η κλίμακα **Haschinski** (διάκριση μεταξύ εκφυλιστικής και πολυεμφρακτικής άνοιας), η οποία βοηθάει στη διάκριση και η οποία αποτελεί χρήσιμο ιατρικό «εργαλείο».

7. Η πορεία της νόσου πρέπει να εκτιμάται με την κλίμακα που προσδιορίζει τα στάδια της νόσου, την κλίμακα **Reisberg**. Εύχρηστες

είναι οι κλίμακες που μετράνε τις λειτουργικές δυνατότητες του ασθενούς σε συνάρτηση με τις καθημερινές του συνήθειες. Η μέτρηση των **Activities of Daily Living (ADL)** γίνεται με πολλά ερωτηματολόγια.

8. Τέλος, χωρίς να είναι κάτι που έχει άμεση σχέση με τη διάγνωση της άνοιας, παρατίθενται τρία ερωτηματολόγια σχετικά με τη σωστή διατροφή και τα προβλήματα διατροφής του ατόμου με άνοια. Είναι δεδομένο ότι κάθε ηλικιωμένο άτομο, πόσο μάλλον ο ανοϊκός ασθενής, βρίσκεται πολύ συχνά σε κατάσταση κακής διατροφής, η οποία επιδεινώνει τη γενική τους κατάσταση. Η **Mini Nutritional Assessment (MNA)** αναπτύχθηκε ως μια προσπάθεια προσδιορισμού της διατροφικής κατάστασης του ατόμου, με σκοπό τη λήψη ειδικής μέριμνας σχετικά με το ζήτημα αυτό.

9. Ερωτηματολόγιο Αρνητικής Διατροφικής Συμπεριφοράς για άτομα με άνοια (**AFB, Blandford Scale, Aversive Feeding Behavior Inventory for demented patients**). Παρατίθεται διότι μέσα από τις ερωτήσεις που περιέχει, γίνονται εμφανείς όλοι οι λόγοι για τους οποίους ένα άτομο με άνοια μπορεί να παρουσιάζει προβλήματα διατροφής.

10. Αξιολόγηση στην Κλίμακα Συμπεριφοράς Διατροφής (**EBS**). Παρατίθεται διότι αποτελεί ένα σύντομο και εύχρηστο ερωτηματολόγιο, που αξιολογεί τον βαθμό εξάρτησης σε ότι αφορά τη διατροφή του ατόμου με άνοια^{3,10,23}.

4.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΤΑ ΣΤΑΔΙΑ

Στην πλέον εν χρήσει δοκιμασία, το **Mini Mental State Examination**, που παρουσιάστηκε πιο πάνω, μπορούμε να διακρίνουμε τρία στάδια της νόσου με βάση τη βαθμολογία:

- Ήπια (20-24)
- Μέτρια (10-20)
- Σοβαρή (0-10)

Τα επτά στάδια, όπως περιγράφονται στη συνέχεια, αποτελούν την κλίμακα του **Reisberg, Global Deterioration Scale (GDS)**.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, σύμφωνα με τις στατιστικές, η άνοια διαγιγνώσκεται από ιατρούς στο στάδιο 4.



Όταν τα στάδια προσδιορίζονται όπως έχουν αναπτυχθεί στο παρόν, δίνουν την δυνατότητα να ξέρει ο συγγενής ποια θα είναι η συνέχεια, να προγραμματίζει τις ανάγκες του για βοήθεια στον άρρωστο ή και την πιθανότητα να χρειασθεί κάποια βοήθεια στο σπίτι ή σε κάποιο ίδρυμα.

Στάδιο της νόσου (1-7) στο οποίο βρίσκεται κατά την εξέταση (κατά Reisberg)^{7,23}

1. Καμία νοητική έκπτωση	Κανένα παράπονο νοητικής ανεπάρκειας. Δεν υπάρχει ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.
2. Πολύ ελαφρά νοητική έκπτωση	Το άτομο παραπονείται για ανεπάρκεια μνήμης, κυρίως στους παρακάτω τομείς: α) ξεχνά που έχει τοποθετήσει γνωστά αντικείμενα, β) ξεχνά ονόματα που γνώριζε μέχρι πρόσφατα καλά. Καμία αντικειμενική ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.

3.Ελαφρά νοητική έκπτωση	Η πρώτη σαφής ένδειξη εκδήλωσης άνοιας. Εκδηλώσεις σε περισσότερους από έναν τομείς:α)ο ασθενής μπορεί να χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστες περιοχές, β)οι συνάδελφοι εντοπίζουν την σχετικά χαμηλή απόδοση του ασθενή, γ)ανικανότητα στην εξεύρεση λέξεων και ονομάτων η οποία εντοπίζεται από τους οικείους, δ)ο ασθενής μπορεί να διαβάζει ένα κείμενο και να συγκρατεί πολύ λίγα από αυτό, ε)ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει μειωμένη ικανότητα στο να θυμάται ονόματα πρόσφατων γνωριμιών, ζ)ο ασθενής μπορεί να χάνει ή να τοποθετεί σε λάθος μέρος κάποιο αντικείμενο αξίας, στ)η ανικανότητα συγκέντρωσης μπορεί να είναι εμφανής κατά τις κλινικές εξετάσεις.
4.Μέτρια νοητική έκπτωση	Σαφείς ενδείξεις ανεπάρκειας σε κλινικές συνεντεύξεις. Οι ενδείξεις εμφανίζονται στους κατωτέρω τομείς:α)ελαττωμένη γνώση πρόσφατων γεγονότων, β)ίσως εμφανίσει μερική μείωση της μνήμης όσον αφορά την προσωπική του ιστορία, γ)αδυναμία συγκέντρωσης στην εκτέλεση μαθηματικών πράξεων, δ)μειωμένη ικανότητα μετακίνησης, διαχείρισης των οικονομικών του κλπ.
5.Σχετικά σοβαρή νοητική έκπτωση	Ο ασθενής δεν μπορεί πια να επιβιώσει χωρίς κάποια βοήθεια. Ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί κατά τη διάρκεια των κλινικών συνεντεύξεων σοβαρά γεγονότα της πρόσφατης ζωής του όπως σε εξεύρεση διευθύνσεων, τηλεφώνων, ονόματα κοντινών συγγενών και άλλων προσωπικών στοιχείων. Τακτικά αποπροσανατολίζεται χρονικά ή τοπικά. Ένα μορφωμένο άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολία στην αντίστροφη μέτρηση κατά τετράδες ή διάδες. Τα άτομα στο στάδιο αυτό συγκρατούν τη γνώση πολλών κυρίων συμβάντων που αφορούν είτε τα ίδια είτε άλλα άτομα. Θυμούνται το όνομα τους , της συζύγου τους και των παιδιών τους. Δεν χρειάζονται βοήθεια για το πλύσιμο και το φαγητό αλλά μπορεί να εμφανίσουν κάποια δυσκολία στην επιλογή του ρούχου που θα φορέσουν.
6.Σοβαρή νοητική έκπτωση	Περιστασιακά μπορεί να ξεχνούν το όνομα της συζύγου τους από την οποία εξαρτάται η επιβίωση τους. Σε μεγάλο βαθμό δεν θυμούνται τα πρόσφατα γεγονότα και τις εμπειρίες της ζωής τους. Συγκρατούν κάποια γνώση της παρελθούσας ζωής τους αν και μόνο επιγραμματικά και συγκεχυμένα. Γενικά δεν γνωρίζουν το περιβάλλον τους, το χρόνο, την εποχή κλπ. Μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολία στο μέτρημα από και προς το 10 και παραπάνω. Θα χρειασθούν κάποια βοήθεια με την άσκηση των καθημερινών τους λειτουργιών όπως εμφάνιση ακράτειας, θα χρειασθούν βοήθεια στις μετακινήσεις τους και περιστασιακά θα επιδείξουν ικανότητα μετακίνησης σε γνωστά μέρη. Εμφανίζονται διαταραχές του προγράμματος ύπνου-εγρήγορης. Σχεδόν πάντα θυμούνται το όνομα τους. Συχνά συνεχίζουν να διακρίνουν γνωστά από άγνωστα πρόσωπα του περιβάλλοντος τους.
7.Πολύ σοβαρή νοητική έκπτωση	Όλες οι λεκτικές ικανότητες έχουν χαθεί. Συχνά δεν υπάρχει καθόλου έναρθρος λόγος μόνο μούγκρισμα. Ακράτεια ούρων και κοπράνων και χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο και στο φαγητό. Βασική απώλεια ψυχοκινητικών ικανοτήτων π.χ. ικανότητα βάδισης. Το μυαλό μοιάζει να μην μπορεί να πει πια στο σώμα τι να κάνει. Συχνά παρουσιάζονται γενικευμένα και φλοιώδη σημεία και συμπτώματα.

4.4. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΟΙΩΝ

1. Ιστορικό (μέσω αυτού προσδιορισμός τρόπου έναρξης: προοδευτικά ή ξαφνικά).
2. Γενική Κλινική εξέταση.
3. Νευρολογική εξέταση.

4. Ψυχιατρική εξέταση (αρχικά με κύριο σκοπό τον αποκλεισμό της κατάθλιψης, σε πιο προχωρημένα στάδια της άνοιας για τη διερεύνηση παρουσίας παραληρημάτων και ψευδαισθήσεων και αποτελεσματικής αντιμετώπισης).

5. Νευροψυχολογική εξέταση.

6. Εργαστηριακός έλεγχος:

- Ακτινογραφίες θώρακος, κρανίου
- Αξονική ή Μαγνητική Τομογραφία Εγκεφάλου
- Πλήρης αιματολογικός έλεγχος
- Εξέταση θυρεοειδικής λειτουργίας (TSH, T3, T4)
- Αλδοστερόνη, προγεστερόνη, ανδρογόνα
- Na, K, Ca, ουρία, έλεγχος ηπατικής λειτουργίας
- Βιταμίνη B12, φυλλικό οξύ

Όχι τρέχουσες εξετάσεις, ούτε τελείως απαραίτητες σε κλινική πρακτική:

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- ΕΝΥ (έλεγχος για κύτταρα, πρωτεΐνη, ολιγοκλωνικές ζώνες)

Άλλα, πολύ ειδικά, διαγνωστικά μέσα:

- SPECT (μείωση παροχής αίματος)
- PET (μείωση κατανάλωσης οξυγόνου, αύξηση συγκράτησης γλυκόζης)
- DNA
- Παθολογικές πρωτεΐνες, αμυλοειδές^{3,19}.

4.5. ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΚΑΙ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

1. Προσπάθεια αντιμετώπισης

Αιτιολογική θεραπεία, αν πρόκειται για αναστρέψιμη άνοια.

Έγκαιρη έναρξη θεραπείας, αν πρόκειται για αγγειακή νόσο ή νόσο με επιπρόσθετη αγγειακή επιβάρυνση.

Σε αρχικά, κυρίως στάδια άνοιας, γίνονται προσπάθειες θεραπείας με ορισμένα φάρμακα.

Χρήση ειδικών φαρμάκων, σύμφωνα με την άποψη του ιατρού.

2. Προετοιμασία οικογένειας και συνθηκών διαβίωσης:

- Οργάνωση αντιμετώπισης, διαχείριση περιστατικού.
- Σχεδιασμός αντιμετώπισης.
- Ενημέρωση, εκπαίδευση οικογένειας.
- Κοινωνική υποστήριξη.
- Οικονομική υποστήριξη.
- Ψυχολογική υποστήριξη συγγενών / φροντιστών.
- Γνώση υπηρεσιών.
- Διαθεσιμότητα υπηρεσιών.

Ο εκπαιδευόμενος και προετοιμασμένος ψυχολογικά συγγενής / φροντιστής αντιμετωπίζει καλύτερα το πρόβλημα:

- Επηρεάζει λιγότερο τον ασθενή με τις αντιδράσεις του.
- Επηρεάζεται λιγότερο από τα προβλήματα του ασθενούς που αντανακλώνται στη συμπεριφορά του, διαχειρίζεται καλύτερα τη νόσο²³.

4.6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η άνοια παρουσιάζει μακροσκοπικές και μικροσκοπικές ανατομικές βλάβες. Μακροσκοπικώς παρατηρείται ατροφία κροταφικού και βρεγματικού λοβού. Οι ατροφίες που υπάρχουν συνάδουν με τα κλινικά συμπτώματα που παρουσιάζονται στη νόσο. Η ατροφία του κροταφικού λοβού, του οποίου περιοχή με ιδιαίτερη λειτουργική σημασία είναι ο ιππόκαμπος, αποτελεί την αιτία της αδυναμίας καταγραφής νέων πληροφοριών, με αποτέλεσμα τις διαταραχές της λεγόμενης "πρόσφατης μνήμης". Η ατροφία του βρεγματικού λοβού έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή των κατασκευαστικών δεξιοτήτων, που θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα της νόσου. Σε όψιμα στάδια της νόσου παρατηρείται διάχυτη φλοιώδης κεντρική ατροφία^{13,16}.



Μικροσκοπικώς παρουσιάζονται δύο ειδών βλάβες, οι γεροντικές πλάκες και οι νευροϊνιδιακοί θύσανοι. Οι γεροντικές πλάκες κατανέμονται κυρίως στον ιππόκαμπο και στο βρεγματικό λοβό. Συντίθενται από β-αμυλοειδές, πρωτεΐνη που προέρχεται από τον παθολογικό μεταβολισμό μιας άλλης πρωτεΐνης, της "πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς" (APP). Οι "νευροϊνιδιακοί θύσανοι" είναι ενδοκυττάριοι σχηματισμοί αποτελούμενοι από περιελιγμένα

νευροϊνίδια, τα οποία περιέχουν μια υπερφωσφορυλιωμένη πρωτεΐνη γνωστή ως πρωτεΐνη τ (tau)¹⁵.

Χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η μεγάλη απώλεια νευρώνων διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων. Τις μεγαλύτερες απώλειες παρουσιάζουν οι χολινεργικοί νευρώνες και ακολουθούν οι σεροτονινεργικοί και οι νοραδρενεργικοί. Η μεγάλη έλλειψη ακετυλοχολίνης ώθησε στην ιδέα της χρησιμοποίησης φαρμάκων για ενίσχυση της ακετυλοχολίνης¹².

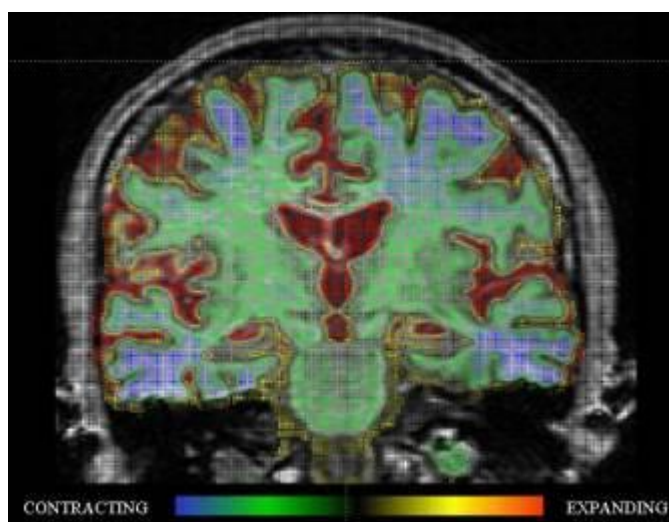
4.7. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο προοδευτικής έκπτωσης των διανοητικών ικανοτήτων, η οποία προκαλεί γνωστική και λειτουργική αποδιοργάνωση και οδηγεί σε διαταραχές της κοινωνικής και επαγγελματικής δραστηριότητας³.

Εκτιμάται ότι το 5-10% του ενήλικου πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω προσβάλλεται από κάποιας μορφής άνοια και η συχνότητα διπλασιάζεται κάθε 5 χρόνια μετά την ηλικία των 65 χρόνων. Παρόλο που η άνοια είναι μια συχνή νόσος, συχνά η διάγνωση δε γίνεται στα αρχικά της στάδια ή γίνεται εσφαλμένη διάγνωση. Η αδυναμία να διαγνωσθεί η άνοια στα αρχικά της στάδια μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εφαρμογή ακατάλληλης θεραπείας, τη δημιουργία επικίνδυνων καταστάσεων και περιττής αναστάτωσης. Αντίθετα, η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας, όχι μόνο εμποδίζει τυχόν προβλήματα, αλλά και επιτρέπει στον ασθενή και την οικογένεια του να προγραμματίσουν το μέλλον και να εξετάσουν το ενδεχόμενο συμμετοχής τους σε δοκιμές νέων ελπιδοφόρων θεραπειών, όταν αυτές υπάρχουν⁷.

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιούνται από την ιατρική ομάδα του Dr. Daniel Silverman στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια και δημοσιεύτηκαν στην ιατρική επιθεώρηση JAMA, μια σχετικά καινούργια μέθοδος απεικόνισης, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), μπορεί να καταγράψει τη μεταβολική δραστηριότητα του εγκεφάλου και να εντοπίσει τα άτομα εκείνα που είναι υποψήφια για την εκδήλωση της νόσου Alzheimer, πολύ πριν αρχίσουν να εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα.

“Στο παρελθόν έχουν γίνει μελέτες οι οποίες έκαναν φανερή τη δυνατότητα της απεικονιστικής μεθόδου (PET) για εντοπισμό των υποψηφίων να νοσήσουν από Alzheimer. Αυτό που δεν είχε, έως τώρα, καθοριστεί, είναι η ακρίβεια της μεθόδου” επισημαίνει ο Dr. Daniel Silverman.



Η ομάδα του Dr. Silverman μελέτησε επί τριετία 284 ασθενείς με συμπτώματα άνοιας και προσπάθησε να διαπιστώσει πόσες από τις περιπτώσεις, στις οποίες τα αποτελέσματα της PET ήταν παθολογικά, εμφάνισαν τελικά τη νόσο Alzheimer.

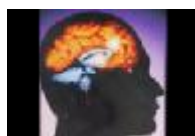
Τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερος ικανοποιητικά, αν λάβει κανείς υπόψη ότι το 94% των ατόμων που ανέπτυξαν τελικά τη νόσο είχαν

εντοπιστεί εγκαίρως από την εξέταση στην οποία υποβλήθηκαν. Σύμφωνα με τους ίδιους τους ερευνητές, τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι ένα αρνητικό αποτέλεσμα PET μπορεί να καθυστερήσει κάποιον ασθενή, αφού αποκλείει την ανάπτυξη άνοιας τουλάχιστον για τα επόμενα χρόνια.

Το πρόβλημα με τη συγκεκριμένη εργαστηριακή εξέταση είναι ότι εμφάνισε πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Αυτό σημαίνει ότι σε πολλές περιπτώσεις, ενώ έδειχνε αλλοιώσεις συμβατές με τη νόσο, οι ασθενείς δεν ανέπτυξαν τελικά Alzheimer.

“Ένα θετικό αποτέλεσμα τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων δεν θα πρέπει από μόνο του να εκλαμβάνεται ως προάγγελος της εξέλιξης της νόσου” τονίζουν οι Αμερικανοί.

Η PET αποτελεί μια απεικονιστική μέθοδο, η οποία καταγράφει το ρυθμό με τον οποίο μεταβολίζεται η γλυκόζη στον εγκέφαλο. Η γλυκόζη αποτελεί τη μοναδική πηγή ενέργειας για τον εγκέφαλο και έχει παρατηρηθεί ότι στη νόσο Alzheimer (νόσος εκφυλιστική του εγκεφάλου, που χαρακτηρίζεται από άνοια) συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου εμφανίζουν διαταραχές στο μεταβολισμό της.



“Η πρόγνωση της νόσου είναι πολύ σημαντική, καθώς τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ορισμένες θεραπευτικές επιλογές, όπως η κατηγορία φαρμάκων που αποκαλούνται αναστολείς της χολινεστεράσης και τα οποία φαίνεται πως επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου” τονίζει ο Dr. Silverman²⁴.

Πείραμα που φέρει τη “σφραγίδα” επιστημόνων από το Σεντ Λούις των ΗΠΑ και δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Science, αναφέρεται στη

μελλοντική ανάπτυξη μιας εργαστηριακής εξέτασης για την πρόγνωση της νόσου Alzheimer που ενδέχεται να οδηγήσει επιτυχές επιστημονικό πείραμα που έγινε σε ποντίκια, καθιστώντας εφικτή τη μέτρηση της ποσότητας του αμυλοειδούς στον εγκέφαλο τους.

Το αμυλοειδές (πρωτεΐνη που συσσωρεύεται στον εγκέφαλο) έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη της νόσου Alzheimer, καθώς αθροίζεται σε "πλάκες", νεκρώνοντας τα παρακείμενα νευρικά κύτταρα. Ωστόσο, θεωρείται πιθανό ότι οι πλάκες αμυλοειδούς δημιουργούνται στον εγκέφαλο ακόμη και χρόνια πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα της νόσου και ιδίως η άνοια.

Παρελθοντικές έρευνες επιχείρησαν να μετρήσουν την ποσότητα του αμυλοειδούς στο αίμα, συσχετίζοντας τη με τα ποσά της πρωτεΐνης στον εγκέφαλο, χωρίς ωστόσο να δώσουν αξιόλογα αποτελέσματα.

Όπως μετέδωσε το BBC, στο επιστημονικό πείραμα χρησιμοποιήθηκαν ποντίκια γενετικά τροποποιημένα, ώστε να αναπτύξουν εστίες αμυλοειδούς στον εγκέφαλο. Η εξέταση αίματος πραγματοποιήθηκε ύστερα από την έγχυση ειδικής ουσίας με την ιδιότητα να "αποσπά" το αμυλοειδές από τον εγκέφαλο και τις γύρω περιοχές. Με αυτό τον τρόπο, τα ποσά της συγκεκριμένης πρωτεΐνης στο αίμα συσχετίζονταν με μεγάλη ακρίβεια με την ποσότητα της στον εγκέφαλο.

"Το πείραμα αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανάλογες εξετάσεις και σε ανθρώπους. Μια τέτοια εξέταση, παρ' όλο που δεν θα μπορεί να ανιχνεύει την πιθανότητα προσβολής υγιών ατόμων, θα βοηθήσει ιδιαίτερα στη διαφορική διάγνωση πασχόντων από άνοια, καθώς και στην πιο έγκαιρη και άρα αποτελεσματικότερη θεραπεία της νόσου" δήλωσε στο BBC ο αναπληρωτής καθηγητής Daivid Holtzman, μέλος της ερευνητικής ομάδας.

Ἡ πρόγνωση της νόσου Alzheimer έχει μεγάλη σημασία για τους ασθενείς, γιατί εκτός των άλλων, μπορούν να προετοιμαστούν καλύτερα για να αντιμετωπίσουν ενδεχόμενα μελλοντικά προβλήματα· σημείωσε ο Dr. Saimon Lavstoun του Ινστιτούτου Ψυχιατρικής του Κολεγίου Κινγκς του Λονδίνου²⁵.

ΜΕΡΟΣ Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία στη νόσο Alzheimer ή στη Γεροντική άνοια είναι η θεραπεία της βασικής νόσου και η συμπτωματική θεραπεία.

Η θεραπεία της βασικής νόσου αναπτύχθηκε μόνον τελευταία και οι έρευνες στον τομέα αυτόν είναι πολλές και συνεχίζονται με διαρκώς αυξανόμενους ρυθμούς, κυρίως επειδή με την γήρανση του πληθυσμού, αναμένεται μεγάλη αύξηση του αριθμού των ασθενών με νόσο Alzheimer ή γεροντική άνοια.

Η συμπτωματική θεραπεία αντιμετωπίζει τα προβλήματα συμπεριφοράς και τις ψυχωτικές εκδηλώσεις των ατόμων με άνοια, που παρουσιάζονται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90% κατά την πορεία της νόσου (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραληρήματα).

Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται, όταν χρησιμοποιούνται στο αρχικό στάδιο της νόσου, αποσκοπούν στην καθυστέρηση της εξέλιξης και σε σημαντικά ποσοστά ασθενών το επιτυγχάνουν, για διαστήματα μηνών ή 1-2 ετών.

Ένας σχετικός δείκτης, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε σε έρευνες, είναι η καθυστέρηση εισαγωγής σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, τα φάρμακα αυτά επιτυγχάνουν σημαντική καθυστέρηση 100 με 400 ημερών, στην εισαγωγή των ατόμων με άνοια σε ιδρύματα.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι η επιβάρυνση της ηλικίας έναρξης της νόσου κατά 5 χρόνια θεωρείται ότι μειώνει στο ήμισυ τη θνησιμότητα. Επομένως, ο στόχος της επιβράδυνσης έναρξης της νόσου έχει συγκεκριμένο ευεργετικό αποτέλεσμα.

Το πρόβλημα είναι ότι, τα σημερινά διαγνωστικά μέσα δεν επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, με αποτέλεσμα τα φάρμακα που έχουμε σήμερα στη διάθεση μας να επιδρούν σε ήδη προχωρημένη νόσο και να μην καταφέρνουν να την επιβραδύνουν όσο χρειάζεται³.

Τα φάρμακα που κυκλοφορούν σήμερα με ένδειξη τη νόσο Alzheimer ή τη Γεροντική άνοια είναι 4. Αυτά είναι η τακρίνη (Cognex), η δονεπεζίλη (Aricept), η ριβαστιγμίνη (Exelon), και η γαλανταμίνη (Reminyl). Όλα είναι αναστολείς της χολινεστεράσης.

Το πρώτο φάρμακο της σειράς που κυκλοφόρησε, είναι η τακρίνη (Cognex).

Όταν ένα ερέθισμα προωθείται περνάει από το ένα κύτταρο στο άλλο. Το κενό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των κυττάρων λέγεται συναπτικό διάστημα. Για να περάσει το ερέθισμα αυτό το διάστημα χρειάζεται τη βοήθεια νευρομεταβιβαστών.

Μόλις το ερέθισμα περάσει το συναπτικό διάστημα, ειδικά ένζυμα καταστρέφουν τον νευροβιβαστή αυτόν, ώστε το κύτταρο να είναι έτοιμο για το επόμενο ερέθισμα. Ένας τέτοιος νευρομεταβιβαστής είναι η ακετυλοχολίνη.

Το ένζυμο που καταστρέφει την ακετυλοχολίνη μόλις περάσει το διάστημα είναι η ακετυλοχολινεστεράση.

Οι ερευνητές βρήκαν ότι στα άτομα με άνοια υπάρχει λιγότερη ακετυλοχολίνη στο κενό διάστημα μεταξύ των κυττάρων. Σκέφτηκαν ότι αν αναστείλουν τη δράση του ενζύμου που καταστρέφει την ακετυλοχολίνη, της ακετυλοχολινεστεράσης, θα αυξήσουν την ποσότητα της ακετυλοχολίνης στο διάστημα μεταξύ των κυττάρων¹⁰.

Τέτοια φάρμακα είναι και τα τέσσερα που κυκλοφορούν.



Παρακάτω θα γίνει μια πιο αναλυτική αναφορά για τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη Γεροντική άνοια και στη νόσο Alzheimer:

Τακρίνη (Cognex – Κόγκνεξ)

Η τακρίνη είναι το πρώτο φάρμακο που εμφανίστηκε στην αγορά (το 1993 στις Η.Π.Α.). Είχε ως βασικό πλεονέκτημα ότι ήταν το πρώτο φάρμακο που κυκλοφόρησε και που έδινε ελπίδες για θεραπεία της άνοιας.

Δεν διέψευσε τις προσδοκίες, όταν χορηγήθηκε όπως έπρεπε δηλαδή, στα αρχικά στάδια της άνοιας. Πράγματι, στο 20-40% των ατόμων στα οποία χορηγήθηκε καθυστέρησε κάπως την εξέλιξη, κάτι που ήταν και ο στόχος, ενώ βελτίωσε κάπως την ποιότητα ζωής του ατόμου με άνοια, μια νόσος που σε κάποια στιγμή ήταν δεδομένο ότι θα συνέχιζε το δρόμο της.

Ένα δεύτερο πλεονέκτημα του ήταν ότι έκανε ομάδες ιατρών που μέχρι τότε δεν ενδιαφερόντουσαν καθόλου για την άνοια, για πρώτη φορά να ενδιαφερθούν γιατί είχαν να προτείνουν στους συγγενείς κάποια θεραπευτική διέξοδο.

Το φάρμακο όμως εκτός από δύο πλεονεκτήματα, είχε και τρία απογοητευτικά στοιχεία:

Το πρώτο είναι ότι οι συγγενείς ήλπιζαν σε περισσότερα από όσα το φάρμακο υποσχόταν. Με αποτέλεσμα, όταν η πορεία της νόσου έπαιρνε πάλι το δρόμο της, να απογοητεύονται.

Το δεύτερο είναι ότι χορηγήθηκε και σε ασθενείς σε προχωρημένα στάδια της νόσου, όταν τα περιθώρια νευροπροστασίας είναι ιδιαίτερα μειωμένα, με αποτέλεσμα το φάρμακο να μην αναδείξει τη δράση του.

Το μειονέκτημα του σε σχέση με άλλα ανάλογα φάρμακα είναι ότι χρειάζεται χορήγηση 4 φορές την ημέρα.

Άλλο μειονέκτημα είναι οι τακτικές και ιδιαίτερα συχνές μετρήσεις SGOT (μία από τις δύο τρανσαμινάσες που περιλαμβάνονται στους συνήθεις αιματολογικούς ελέγχους), που αυξάνεται, επειδή το φάρμακο προκαλεί ηπατοκυτταρική τοξικότητα. Πάντως, αυτή η αύξηση της SGOT είναι κατά κανόνα ασυμπτωματική, διορθώνεται με τη διακοπή του φαρμάκου, ενώ δεν έχουν αναφερθεί θάνατοι.

Ντονεζεπίλη (Aricept-Αρισέπτ)

Είναι το δεύτερο φάρμακο που κυκλοφόρησε (1997).

Το φάρμακο αυτό, ίδιου γενικά τρόπου δράσης με το προηγούμενο, διατηρεί τα πλεονεκτήματα, ενώ δεν διατηρεί τα μειονεκτήματα του Cognex, μιας και επηρεάζει την ακετυλοχολίνη μόνο στον εγκέφαλο και δεν δημιουργεί προβλήματα στο ήπαρ. Επιπλέον ο ασθενής το παίρνει σε μία μόνο δόση.

Έτσι γίνεται ένα ανώδυνο όπλο στη μάχη με τη νόσο, με καλά αποτελέσματα για κάποια περίοδο, προτού η νόσος εξελιχθεί, όπως είναι προς το παρόν δεδομένο. Κυκλοφορεί στα 5mgr και στα 10mgr.

Η συνήθης χορηγούμενη δοσολογία είναι ένα χάπι κάθε βράδυ. Αρχικά των 5mgr και μετά, εάν κριθεί αναγκαίο, μετά από θεραπεία τουλάχιστον 6 εβδομάδων, των 10mgr.

Οι θεωρητικά σημειούμενες παρενέργειες (ναυτία, έμετος, διάρροια) στην πράξη εμφανίζονται σπάνια.

Ταυτόχρονα με την αιτιολογική θεραπεία της νόσου, τα άτομα με άνοια που παίρνουν Aricept έχουν συχνά λιγότερη ανάγκη από φάρμακα που βοηθούν στον έλεγχο της συμπεριφοράς, είναι εξίσου συχνά πιο ήρεμα και πιο συνεργάσιμα, κάτι που επιτυγχάνουν όλα τα ανάλογα φάρμακα για ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών. Το φάρμακο δεν λύνει το πρόβλημα αλλά είναι ένα όπλο στη διάθεση των ιατρών.

Σε πιο προχωρημένα στάδια, μειώνονται σημαντικά οι πιθανότητες να βοηθήσει το φάρμακο ουσιαστικά τον ασθενή. Πάλι όμως, σε ορισμένες περιπτώσεις οι συγγενείς αναφέρουν λιγότερο οδυνηρή διαβίωση με τους ασθενείς τους και καλύτερη συνεργασία σε καθημερινές δραστηριότητες.

Ριβαστιγμίνη (Exelon-Εξελόν)

Κυκλοφορεί από το 1999. Είναι «διπλός αναστολέας»: δρα και στα ένζυμα που συμμετέχουν στη χολινεργική νευρομεταβίβαση, την ακετυλοχολινεστεράση και τη βουτυροχολινεστεράση. Η ριβαστιγμίνη δεν μεταβολίζεται από τα ηπατικά ένζυμα P₄₅₀, οπότε μπορεί να συγχρηγηθεί με άλλα σκευάσματα χωρίς προβλήματα αλληλεπιδράσεων.

Εκτεταμένες έρευνες σε 4.000 ασθενείς έδειξαν ότι επιβραδύνει τη νόσο για χρονικό διάστημα πάνω από 6 μήνες και ότι βοηθάει τον ασθενή στις καθημερινές δραστηριότητες. Το ίδιο αναδείχθηκε και στην κλινική πράξη.

Η δοσολογία έναρξης είναι 1,5mg δύο φορές την ημέρα (μια κάψουλα πρωί και βράδυ), ενώ οι θεραπευτικές δοσολογίες κυμαίνονται από 3mg δύο φορές την ημέρα έως 6mg δύο φορές την ημέρα. Τα αποτελέσματα είναι δοσοεξαρτώμενα. Οι αυξήσεις της δοσολογίας μπορούν να γίνουν σε μεσοδιαστήματα ενός μηνός. Η λήψη του

σκευάσματος μαζί με τροφή περιορίζει σημαντικά τη πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, οι οποίες μπορεί να είναι ναυτία, έμετος, πόνος στη κοιλιά και ανορεξία.

Η ριβαστιγμίνη κυκλοφορεί και σε πόσιμο διάλυμα, που αποτελεί βασικό πλεονέκτημα του φαρμάκου. Η ριβαστιγμίνη βοηθάει στη βελτίωση των διαταραχών της συμπεριφοράς της άνοιας, συμπεριλαμβανομένων των ψευδαισθήσεων και των παραισθήσεων. Τα άτομα είναι συχνά πιο ήρεμα και πιο συνεργάσιμα, ενώ έχει αποδειχθεί ότι η χορήγηση ριβαστιγμίνης μπορεί να μειώσει την ανάγκη χορήγησης ψυχοτρόπων σκευασμάτων στους ανοϊκούς ασθενείς.

Γαλανταμίνη (Reminyl-Ρεμινίλ)

Κυκλοφόρησε στα τέλη του 2001. Έχει διπλού τύπου δράση: είναι και αναστολέας ακετυλοχολινεστεράσης και προσαρμόζει τους νικοτινικούς Ach υποδοχείς, ώστε να αυξάνεται η απάντηση των υποδοχέων αυτών στην ακετυλοχολίνη.

Η δόση ξεκινάει από τα 8mg την ημέρα, σε δύο δόσεις, και συνεχίζει στα 16mg την ημέρα, ενώ μπορεί να χρειαστούν μέχρι και 24mg την ημέρα.

Κυκλοφορούν χάπια των 4,8 και 12mg. Κυκλοφορεί και σε υγρή μορφή, γεγονός που αποτελεί βασικό πλεονέκτημα του φαρμάκου.

Πέρα από την αιτιολογική θεραπεία, έχει και η γαλανταμίνη δράση στη συμπεριφορά του ατόμου με άνοια.

Οι παρενέργειες των αναστολέων χολινεστεράσης οφείλονται σε επιδράσεις στο περιφερειακό νευρικό σύστημα και αφορούν κυρίως το γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, έμετος, κράμπες, διάρροια). Προκαλούν επίσης κεφαλαλγία, βραδυκαρδία και αρτηριακή υπόταση.

Στη πράξη, οι παρενέργειες δεν είναι συχνές και δεν αποτελούν πρόβλημα στη συνέχιση της αγωγής (κάτω από 3-5% των ασθενών διακόπτουν τη θεραπεία, ειδικά στα πιο πρόσφατα από αυτά, για λόγους παρενεργειών).

Μεμαντίνη (Lundbeck)

Κυκλοφόρησε στην Ελλάδα στις αρχές του 2003. Παλαιότερο φάρμακο. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν στατιστικώς σημαντική βελτίωση των νοητικών λειτουργιών, αλλά και των διαταραχών συμπεριφοράς που παρουσιάζονται στην άνοια.

Το φάρμακο αυτό ενδείκνυται για προχωρημένο στάδιο της νόσου.

Φάρμακα που περιμένουν έγκριση για να κυκλοφορήσουν

Μετριφονάτη

Παρουσιάστηκε το 1997 και το 1998 με έρευνες σε μεγάλο αριθμό ασθενών (1700) με άνοια, ελαφριάς μορφής έως μέτριας βαρύτητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικώς σημαντική βελτίωση των νοητικών λειτουργιών, αλλά και των διαταραχών συμπεριφοράς και της σημερινής λειτουργίας, με βελτίωση που επηρεάζεται από τη δοσολογία (καλώς ανεκτό φάρμακο σε δόσεις 30-60mg σε μια λήψη την ημέρα).

Άλλα φάρμακα συχνά χορηγούμενα

Πέρα από τους αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης, υπάρχουν και άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη Γεροντική άνοια, στη νόσο Alzheimer αλλά και σε άλλες μορφές άνοιας.

Από τα φάρμακα αυτά επιλέχθηκαν ορισμένα που χορηγούνται συχνά επειδή βελτιώνουν τις νοητικές λειτουργίες, έχοντας ταυτόχρονα

δράση σε αγγειακές διαταραχές του εγκεφάλου, διαταραχές που υπάρχουν σε σημαντικό ποσοστό ασθενών με άνοια.

Έχουν το πλεονέκτημα ότι μπορούν να τα συνταγογραφούν όλοι οι ιατροί και όχι μόνο νευρολόγοι και ψυχίατροι και ως εκ τούτου, κυκλοφορούν ευρύτατα.

Νιμοδιπίνη

Ο μόνος αναστολέας του ασβεστίου είναι η νιμοδιπίνη (Nimotop-Νιμοτόπ). Δεν είναι καινούργιο φάρμακο και ούτε είναι ειδικό για τις ανοϊκές νόσους.

Δρα τόσο με αγγειοδιαστολή (δεσμεύει το ασβέστιο που εισέρχεται στις λείες μυϊκές ίνες των αγγείων και προκαλεί αγγειοσύσπαση), προλαμβάνοντας τον σπασμό σε υπαραχνοειδείς αιμορραγίες, όσο και στους νευρώνες του εγκεφάλου. Δεσμεύει το ασβέστιο που κατά τη διεργασία της νευρωνικής εκφύλισης στις άνοιες συσσωρεύεται στους νευρώνες, ασκώντας έτσι προστατευτική δράση.

Τα νοοτρόπα φάρμακα

Είναι μια κατηγορία φαρμάκων, όπως πιρακετάμη (Nootrop-UCB, Oxynium-UNI-FARMA κ.λπ.), πυριτινόλη (Encephabol-Merck), ανιρακετάμη (Memodrin-Roche, Referan-Synthelabo), εργοκρυστίνη (Diertina-Pharmanel) τα περισσότερα από τα οποία κυκλοφορούν πολλά χρόνια και έχουν σαν ένδειξη την εγκεφαλική ανεπάρκεια, τα αγγειακά προβλήματα του εγκεφάλου και άλλα.

Πρόσφατα, έρευνες έδειξαν ότι δόσεις 4 χαπιών πιρακετάμης ημερησίως (4.800mgr) για μεγάλα χρονικά διαστήματα επιβραδύνουν την εξέλιξη των νοητικών διαταραχών μετά από ισχαιμικά, ενώ και συστηματική λήψη ανιρακετάμης (ένα φακελάκι την ημέρα) βελτιώνει

τις νοητικές λειτουργίες. Δεν τεκμηριώνουν σαφώς, πάντως με τα σημερινά δεδομένα ειδική δράση στην άνοια.

Τη μακρά περίοδο κατά την οποία οι ιατροί δεν είχαν καθόλου ειδικά όπλα κατά της άνοιας, πολλά ήταν τα φάρμακα που αντικαθιστούσαν την έλλειψη ειδικής θεραπείας. Στις ενδείξεις τους, αναφέρονται κατά κανόνα οι διανοητικές διαταραχές και η ανεπάρκεια του κυκλοφορικού.

Ορισμένα από αυτά συνεχίζουν να έχουν ένδειξη συμπληρωματικής αγωγής, ιδίως όταν υπάρχει πιθανότητα συνύπαρξης αγγειακών διαταραχών ή ακόμη και κύριας αγωγής, αν πρόκειται για αγγειακής αιτιολογίας άνοια, που όπως είδαμε, είναι ιδιαίτερα συχνή.

Ορισμένα έχουν ταυτόχρονα δράση αγγειοδιασταλτική και διευκόλυνσης της ροής αίματος. Σε σωστή χρήση, δεν έχουν πρακτικά παρενέργειες. Τέτοια φάρμακα είναι τα: LoftyI, Praxilene, Sermion, Tarontal, Hydergine, Sibelium, Stugeron, Vincaminor.

Φάρμακα για άλλες παθήσεις που είναι πιθανώς χρήσιμα στην άνοια

Ακόμα διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για άλλες παθήσεις έδειξαν ότι είχαν κάποια βοηθητική δράση στην πορεία της άνοιας ενώ σήμερα η δράση της ερευνάται ή και θεωρείται τεκμηριωμένη η μερική προστατευτική της δράση.

Τέτοια φάρμακα είναι:

Τα αντιφλεγμονώδη (αυτά που χρησιμοποιούνται για αρθρίτιδες, μεταξύ αυτών και η ασπιρίνη).

Έρευνες έχουν γίνει πολλές, ειδικά για τη δράση των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Φαίνεται ότι η δράση τους δικαιολογείται από τη φλεγμονή του εγκεφαλικού ιστού που έχει βρεθεί

ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των ανατομικών βλαβών της άνοιας.

Τα οιστρογόνα (γυναικείες ορμόνες) έχει μετρηθεί ότι μειώνουν τις πιθανότητες προσβολής από τη νόσο στις γυναίκες μετά από την εμμηνόπαυση. Είναι πολλές οι έρευνες σε αυτό το επίπεδο και η δράση φαίνεται τεκμηριωμένη.

Τα οιστρογόνα προσφέρονται για την προστασία της γυναίκας από άνοια. 5.8% των γυναικών που έπαιρναν οιστρογόνα προσβλήθηκαν από άνοια, έναντι 16.3% αυτών που δεν έπαιρναν.

Διάφοροι μηχανισμοί δικαιολογούν αυτή τη δράση των οιστρογόνων: προωθούν την παραγωγή ακετυλοχολίνης, δυσχεραίνουν την εναπόθεση β-αμυλοειδούς, βελτιώνουν τη ροή αίματος στον εγκέφαλο, ενώ βοηθούν στη διατήρηση της ακεραιότητας του ιππόκαμπου.

Άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται

Τέλος, διάφορα σκευάσματα έχουν χρησιμοποιηθεί ειδικά για την καταπολέμηση της άνοιας, στηριζόμενα σε κάποια θεωρία που δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι στην πράξη μπορεί να έχει πρακτική εφαρμογή. Έχει όμως η εφαρμογή τους θεωρητικά σωστή βάση. Οι έρευνες συνεχίζονται.

Στα πλαίσια αυτά, η χορήγηση αντιοξειδωτικών φαρμάκων στηρίχθηκε στη συσχέτιση αυξημένων ελευθέρων ριζών και κυτταρικής εκφύλισης.

Οι ελεύθερες ρίζες περιορίζονται με τα φάρμακα αυτά, ενώ ουσίες με ανάλογη δράση είναι οι βιταμίνες A, C, E, ακετυλ-L-καρνιτίνη, το σελίνιο και το Ginkgo Biloba, ένα φυσικό προϊόν από τα φύλλα ενός

καλλωπιστικού δέντρου που είναι ιδιαίτερα δημοφιλής «υγιεινή τροφή» στις Η.Π.Α.

Να σημειωθεί ότι από το 1994 το Ginkgo Biloba έχει επίσημη ένδειξη χορήγησης στη Γερμανία για αρχικά στάδια της άνοιας, ενώ μελέτες του 1996 απέδειξαν δράση σε άτομο με νόσο Alzheimer και πολυεμφρακτική άνοια. Οι ενδείξεις του είναι πολλές και περιλαμβάνουν αγγειακά εγκεφαλικά και καρδιακά επεισόδια, μυϊκές ατροφίες, εμβοές ώτων κ.λπ.

Πάντως, ως φυτικό προϊόν στα σκευάσματα «υγιεινών διατροφών» κυκλοφορεί υποδοσολογισμένο και χρειάζεται αρκετές ποσότητες για να φθάσει τις δόσεις που θεωρητικά θα μπορούσαν να έχουν κάποιο αποτέλεσμα (250mgρ την ημέρα), ενώ τα αποτελέσματα φαίνονται μετά από χρήση αρκετών μηνών.

Η ακετυλ-L-καρνιτίνη είναι ένας συνδυασμός δύο αμινοξέων, της λυσίνης και της μεθινίνης, που σε έρευνες αποδείχθηκε ότι λαμβανόμενη για 6 μήνες ή έναν χρόνο βελτιώνει τις νοητικές λειτουργίες.

Άλλα φάρμακα υπό έρευνα είναι οι αμπακίνες (Ampalex), που σε μικρό αριθμό υγιών ατόμων κάθε ηλικίας στη Γερμανία και τη Σουηδία έδειξε βελτίωση της μνήμης των πρόσφατων γεγονότων.

Μερικές ουσίες εμπεριέχονται σε διάφορα σκευάσματα, μαζί με άλλες ουσίες των οποίων η δράση στην άνοια δεν έχει ακόμη σαφώς τεκμηριωθεί, παρά το γεγονός ότι ορισμένες μελέτες δείχνουν κάποια δράση στη διατήρηση της μνήμης. Οι έρευνες πιθανώς να αναδείξουν ότι χρειάζονται μεγάλα χρονικά διαστήματα ή μεγάλες δόσεις.

Ορισμένα συμπληρώματα διατροφής έχουν γίνει δημοφιλή επειδή προάγουν την εγκεφαλική λειτουργία, όπως το DHA, άφθονο στο μητρικό γάλα και καθοριστικό για την ανάπτυξη του εγκεφάλου των

βρεφών, αλλά που σήμερα καμία μελέτη δεν το συνδέει με δράση στις γνωστικές λειτουργίες⁷.

5.2. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Λόγω της μη καθοριστικής αποτελεσματικότητας της θεραπείας και επειδή η νόσος, ανεξάρτητα από το αν η όποια θεραπεία επιβράδυνε την πορεία της, συνέχισε τον δρόμο της προς τα επόμενα στάδια εξέλιξης της, είναι πολλοί οι συγγενείς και οι φροντιστές (55% σύμφωνα με έρευνες) που καταφεύγουν σε εναλλακτικές θεραπείες.

Σπάνια έβλαψαν τον άρρωστο, αλλά δεν είναι γνωστές περιπτώσεις που ο άρρωστος ωφελήθηκε. Θα πρέπει στις περιπτώσεις αυτές να λαμβάνεται υπόψη και η ταλαιπωρία του ασθενούς ή και η οικονομική του επιβάρυνση.

Αυτές οι εναλλακτικές θεραπείες περιλαμβάνουν:

- Χορήγηση βιταμινών.
- Είδη «υγιεινής διατροφής».
- Φυτικά φάρμακα.
- Διάφορα φάρμακα που κυκλοφορούν ελεύθερα με ένδειξη ότι αυξάνουν τη διαύγεια του πνεύματος.
- Δοκιμές φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε άλλες παθήσεις.
- Δοκιμές διαφόρων μηχανημάτων που λειτουργούν στις ανώτερες λειτουργίες.
- Αρωματοθεραπεία με μασάζ.

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι συγγενείς είναι ορισμένες φορές ευχαριστημένοι από τις θεραπείες αυτές²⁶.

Είναι και ο λόγος που συνήθως οι ιατροί που γνωρίζουν ότι δεν τεκμηριώνεται σήμερα με τα επιστημονικά δεδομένα αξία στη θεραπεία της νόσου, με τέτοιες θεραπευτικές προσεγγίσεις, δεν αποτρέπουν κατά κανόνα από τη συνέχιση της προσπάθειας, αναγνωρίζοντας το ρόλο των θεραπειών αυτών στη βελτίωση του ηθικού των φροντιστών και στην ενεργό συμμετοχή τους στην προσπάθεια θεραπείας των ασθενών τους. Να μην αμελείται ο παράγοντας ουσιαστικής ενασχόλησης με τον άρρωστο στις θεραπείες αυτές.

Είναι αυτονόητο ότι όταν προστίθεται μια δραστηριότητα, όπως η επίσκεψη ενός μασέρ στο καθημερινό πρόγραμμα και η παρουσία του ατόμου και η δραστηριότητα είναι μια ευχάριστη πρόσθετη δραστηριότητα, που λογικό είναι να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Όπως είναι ευεργετικό και το γεγονός της ενασχόλησης με το άτομο με άνοια.

Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές παρεμβάσεις στην άνοια

- Σωματική άσκηση.
- Κοινωνικοποίηση ασθενούς.
- Βοήθεια σε δεξιότητες.
- Βοήθεια σε προβλήματα συμπεριφοράς και χειρισμός τους.
- Εκπαίδευση φροντιστών.
- Κοινωνική υποστήριξη.
- Οικονομική υποστήριξη.
- Υποστήριξη από δομές και υπηρεσίες.
- Ψυχολογική υποστήριξη συγγενών / φροντιστών.

- Άλλες (απλά συνοδευτικές άλλων θεραπειών: μουσική, δράμα, φωνητική)¹⁰.



5.3. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η παρέμβαση στην οικογένεια την ανακουφίζει από την επιβάρυνση και βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

1. Ενημέρωση

- § Φύση της νόσου,
- § Πορεία / στάδια της νόσου,
- § Προβλήματα συμπεριφοράς, συναισθήματος, αποτελέσματα νόσου.

2. Εκπαίδευση

- § Κατάλληλες φροντίδες.

3. Συμμετοχή στη θεραπευτική προσπάθεια

- § Τακτικές επισκέψεις στην ιατρική ομάδα ή σε μέλη της (κάθε φορά αξιολόγηση ασθενούς και φροντιστή για συναισθηματική υποστήριξη, ενημέρωση για φάρμακα / προσδοκίες).

4. Ομάδες υποστήριξης και εθελοντικές οργανώσεις

- § Συναισθηματική υποστήριξη,
- § Ενημέρωση για υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας, ασφάλισης, και δικαιώματα,
- § Εκμάθηση φροντίδας,

§ Υπηρεσίες (βοήθεια σε ψώνια, μαγείρεμα, γεύματα, λογαριασμούς, καθαριότητα, πλύσιμο, σιδέρωμα ρούχων, μετακίνηση, βοηθητικός φροντιστής συνοδός σε εξόδους, εκπαίδευση του συζύγου σε οικιακές εργασίες, φιλικές επισκέψεις, παρέμβαση στη κρίση).

5. Υποστηρικτικές / ανακουφιστικές παρεμβάσεις

§ Ημερήσια περίθαλψη,

§ Προσωρινή διαμονή σε διαμερίσματα,

§ Εύκολη παραπομπή σε διαθέσιμα κρεβάτια για όποια προβλήματα.

6. Ψυχολογική βοήθεια στους φροντιστές

§ Η καλή ψυχολογική κατάσταση του φροντιστή βοηθάει την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή.

7. Υποστήριξη στη λήψη απόφασης για μεταφορά του ασθενούς σε ίδρυμα²³.

Γιατί πρέπει απαραίτητα να γίνεται θεραπεία στην άνοια

Είναι αναμφισβήτητο ότι μέχρι σήμερα, οι φαρμακευτικές θεραπείες δεν έχουν την επιθυμητή αποτελεσματικότητα.

Σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από το τι σκέφτεται ο ιατρός για τη θεραπεία, είναι σφάλμα το να μην επιχειρείται θεραπεία:

α) Επειδή την ζητάει η οικογένεια που κάποτε μαθαίνει ότι υπάρχουν φάρμακα που δε δόθηκαν στο συγγενή της και αυτό αυξάνει τις ενοχές, τη διεκδικητική διάθεση κ.λπ.

β) Επειδή η φαρμακευτική αντιμετώπιση αποτελεί έναν καθοριστικό λόγο επαφής των συγγενών με την ιατρική ομάδα, τον ιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό ή το νοσηλευτή που χειρίζεται το περιστατικό, δίνοντας τους την ευκαιρία:

- για τις πολλές μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που πρέπει να γίνονται και που ωφελούν ουσιαστικά τον ασθενή και τους φροντιστές, ακόμη και

σε επίπεδο ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης και ανακούφισης της οικογένειας,

- για την αντιμετώπιση των συχνών συνοδών ιατρικών προβλημάτων, που επιδεινώνουν την κατάσταση του ασθενούς.

Η άνοια δεν είναι η μοναδική ασθένεια χωρίς θεραπεία, γεγονός που δικαιολογεί την αισιοδοξία, που συχνά συνοδεύει τη διάγνωση. Η συνήθης διάρκεια της αρρώστιας είναι 7 με 10 χρόνια (το φάσμα είναι 5-20) και μόνο τα τελείως τελευταία στάδια είναι δυσβάσταχτα για τους φροντιστές.

Όπως αντιμετωπίζουμε όλες τις άλλες ασθένειες, αξιοποιώντας τα μέσα που έχουμε στην διάθεση μας, έτσι πρέπει να κάνουμε και για την άνοια^{7,19}.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Αναμφισβήτητα, κάθε άτομο με άνοια, χρειάζεται κάποιον να τον φροντίζει. Ο καταλληλότερος φροντιστής είναι ένας νοσηλευτής, ο οποίος έχει τις γνώσεις και την εμπειρία και με την συνεργασία των συγγενών μπορεί να βοηθήσει έναν ασθενή που πάσχει από κάποια μορφή άνοιας. Είναι όμως ένα φαινόμενο το οποίο δεν ισχύει στην Ελλάδα.

Σπάνια ένα μόνον άτομο έχει όλη την ευθύνη της φροντίδας. Συχνά, το άτομο που φέρει την κύρια ευθύνη, λαμβάνει βοήθεια και από άλλους. Πάντως, στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, ο φροντιστής είναι ένα άτομο.

Στις περιπτώσεις αυτές που ο φροντιστής λαμβάνει βοήθεια από κάποιο άλλο άτομο, το άτομο αυτό στη χώρα μας σπάνια είναι κάποιος επαγγελματίας υγείας.

Ο κυρίως ασχολούμενος ονομάζεται κύριος φροντιστής. Ο κύριος φροντιστής είναι συγγενής ή οικογενειακός φίλος και όχι κάποιος επαγγελματίας, σε ποσοστό που ξεπερνά το 90%.



Πιο συχνά είναι η γυναίκα σύζυγος (23%) ή ο άντρας σύζυγος (11%), η κόρη (22%), ο γιος (3%), η μητέρα (12%), η νύφη (8%), η αδελφή (3%), άλλος συγγενής π.χ. εγγονή, ανιψιά ή γνωστός (18%) του ασθενούς.

Οι περισσότεροι φροντιστές (πάνω από 80%) ζουν ή έζησαν με το άτομο με άνοια κάποια χρονική περίοδο μετά την εκδήλωση της ασθένειας.

Ο μέσος χρόνος που αφιερώνουν οι φροντιστές στη φροντίδα είναι 70 ώρες την εβδομάδα, που φτάνουν τις 100 ώρες για τους μη εργαζόμενους και είτε εργάζονται είτε όχι, για το 75% από αυτούς αποτελεί το κύριο έργο, που κατά κανόνα διαρκεί περισσότερο από δύο χρόνια¹⁰.

Η δουλειά του φροντιστή κοστίζει στο συγγενή φροντιστή, που δεν έχει τις γνώσεις και την εμπειρία της νόσου:

- Σε χρήμα, άμεσα για την φροντίδα και έμμεσα από απώλεια ωρών εργασίας.
- Σε αδυναμία εκπλήρωσης επαγγελματικών υποχρεώσεων όπως πριν.
- Σε αδυναμία εκπλήρωσης οικογενειακών υποχρεώσεων όπως πριν.
- Σε επιδείνωση σχέσεων με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του.
- Σε ψυχολογικές διαταραχές: 30% από τους φροντιστές παρουσιάζουν κατάθλιψη, ενώ 75% παρουσίασαν κάποια περίοδο καταθλιπτικά συμπτώματα. Το 50% παρουσιάζει αϋπνία και αγχώδεις διαταραχές.
- Σε επιδείνωση της σωματικής τους υγείας (οσφυαλγία, ραχιαλγία).

Κατά κανόνα, ο φροντιστής αισθάνεται κάποια στιγμή αβοήθητος, όσες υπηρεσίες και να προσφέρει η κοινότητα.

Στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες αυτές είναι ελάχιστες, ενώ όσες υπάρχουν, κοστίζουν κατά κανόνα πολύ.

Αυτό που μπορεί να προσφέρει αρχικά ένας νοσηλευτής είναι να καθοδηγήσει τους συγγενείς για τα πρακτικά προβλήματα που θα

αντιμετωπίσουν σε ένα έργο που μπορεί να διαρκέσει από 5 έως 20 χρόνια. Συνήθως διαρκεί 7 με 10 χρόνια.

Φιλοδοξεί επίσης να τους ενημερώσει για πολλά θέματα που αφορούν τον άνθρωπο που φροντίζουν, έτσι ώστε να τους διευκολύνει κάπως το έργο τους³.

6.2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η διαχείριση ενός περιστατικού με άνοια πρέπει να γίνεται από διακλαδικό επιστημονικό όργανο (νευρολόγος, ψυχίατρος, γηρίατρος/παθολόγος, νευροψυχολόγος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός και νοσηλεύτης) σε συντονισμό με τον οικογενειακό ιατρό, τις πλησιέστερες νοσοκομειακές δομές και τις δομές πρόνοιας. Αυτό αποτελεί ένα θεωρητικό σχήμα, που στην Ελλάδα δεν έχει τεθεί ακόμα σε λειτουργία.

Το εφαρμόσιμο σχήμα που αποτελείται από τον επαγγελματία υγείας και τον ιατρό, περιλαμβάνει:

- Αξιολόγηση νοητικής έκπτωσης.
- Αποκλεισμό μερικώς ή πλήρως αναστρέψιμης άνοιας.
- Αξιολόγηση καθημερινής λειτουργικότητας.
- Αξιολόγηση δυσλειτουργικής συμπεριφοράς.
- Εκτίμηση ψυχιατρικών προβλημάτων.
- Προσδιορισμό προβλημάτων ασφάλειας στο σπίτι και οδηγίες αντιμετώπισης τους.
- Προσδιορισμό του τρόπου λειτουργίας του φροντιστή

- Προσδιορισμό ρόλου του φροντιστή, δυνατοτήτων του, αδυναμιών του, ορίων του: άρνηση, θυμός, κατάθλιψη, αποδοχή. Η φροντίδα είναι εξατομικευμένη.
- Προσπάθεια αποδοχής της νόσου από τον φροντιστή.
- Εκπαίδευση των φροντιστών για τη νόσο και τη διαχείριση της (διάγνωση, πορεία, στάδια, πρόγνωση, συμπεριφορά προς τον ασθενή, σε τι χρειάζεται βοήθεια κ.λπ.). Να πειστεί ότι ο ασθενής όντως χρειάζεται βοήθεια, ιατρική και άλλη.
- Εκπαίδευση των φροντιστών για την φροντίδα και τα επιμέρους προβλήματα.
- Προσδιορισμός στόχων θεραπείας/φροντίδας για διατήρηση αξιοπρέπειας, ανεξαρτησίας, καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για ασθενή και φροντιστή.
- Καθορισμός προτεραιοτήτων, στη βάση της σοβαρότητας της νόσου, της ασφάλειας, των δυνατοτήτων των φροντιστών.
- Αναζήτηση ανακουφιστικών υποστηρικτών μέσων για τους φροντιστές, με σκοπό την παράταση της φροντίδας.
- Αρχή σχεδιασμού για ίδρυμα.
- Ενασχόληση με νομικά θέματα.
- Αντιμετώπιση της όποιας ψυχολογικής επιβάρυνσης των φροντιστών⁵.

6.3. ΕΙΔΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΘΕΜΑΤΑ

Μεταβολές στο σπίτι και μέτρα ασφαλείας

Κάθε σπίτι είναι οργανωμένο για άτομα υγιή. Κάθε ασθένεια επιβάλλει στην οικογένεια νέους σχεδιασμούς.

Για να ζήσουν χωρίς ατυχήματα τα άτομα με άνοια σε ένα σπίτι, χωρίς συνεχή ανάγκη για βοήθεια, με περισσότερες πιθανότητες να συντηρηθεί η αυτονομία επί μακρόν, και επομένως να υπάρχει μικρότερη ανάγκη από την παρουσία του φροντιστή, πρέπει να γίνουν ορισμένες μεταβολές.

Ο φροντιστής θα πρέπει να έχει πάντα υπόψη του ότι η κάθε μεταβολή κάνετε στο σπίτι, αυξάνει τη σύγχυση του ατόμου με άνοια. Το άτομο με άνοια έχει μάθει που να βρίσκει διάφορα πράγματα και ίσως αυξηθούν τα προβλήματα αν μετακινηθούν πολλά πράγματα. Επομένως, οι μεταβολές που θα γίνουν και μάλιστα έγκαιρα, θα πρέπει να κάνουν σεβαστές τις συνήθειες του ατόμου σε απλά πράγματα.

- Επομένως πρέπει να πάρετε μέτρα ασφαλείας στο σπίτι, αλλά όχι τέτοια που να περιορίζουν τις δυνατότητες ανεξαρτησίας του ατόμου με άνοια. Το άτομο με άνοια μπορεί να προστατευτεί από πιθανή φυγή του από το σπίτι με διάφορους τρόπους και όχι με το να κλειδωθεί η πόρτα. Ένα σημείωμα ραμμένο στα ρούχα του με τη διεύθυνση του, μια ενημέρωση μόλις διαγνωστεί η άνοια στις τοπικές αρχές (π.χ. αστυνομία, γείτονες) ώστε αν χαθεί να βρεθεί εύκολα.

- Οι πόρτες δεν πρέπει να έχουν κλειδιά επάνω. Τα κλειδιά σπιτιού και αυτοκινήτου δεν πρέπει να είναι προσιτά.

- Αντικείμενα καθημερινής χρήσης, όπως και οι αναγκαίες πόρτες (π.χ. τουαλέτας) πρέπει να είναι προσιτά.

- Τα φάρμακα δεν πρέπει να είναι προσιτά γιατί υπάρχει η πιθανότητα να ξαναπάρουν ένα φάρμακο που έχουν ήδη πάρει. Το ίδιο ισχύει και με επικίνδυνες ουσίες.

- Ο φωτισμός πρέπει να είναι επαρκής, ενώ ένα φως μόνιμα αναμμένο κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι πολλαπλά χρήσιμο.

- Χερούλια στις σκάλες, στο μπάνιο ή το ντους, όπως και χαλάκι για να μην γλιστράνε είναι κατά κανόνα απαραίτητα.

- Στην ντουλάπα θα πρέπει να βρίσκονται τα ρούχα που φοράει και να μην είναι πολλά, ώστε να μην μπερδεύεται.

- Αν το άτομο καπνίζει, ίσως χρειαστεί να κρατάει ο φροντιστής τη φωτιά του και τα τσιγάρα του για ασφάλεια.

- Να υπάρχει σε εμφανές σημείο δίπλα στο τηλέφωνο ο αριθμός τηλεφώνου του ιατρού του, του κοντινού νοσοκομείου, της τοπικής αστυνομίας, των υπηρεσιών του νερού, ηλεκτρικού και τεχνιτών για όποιες επιδιορθώσεις, άμεσων συγγενών, κάποιου γείτονα και ταξί που μπορούν να χρειαστούν.

- Τα σκουπίδια δεν πρέπει να είναι εύκολα προσιτά, επειδή συμβαίνει συχνά σε ασθενείς με άνοια να πετούν κάτι πολύτιμο.

- Όπλα δεν πρέπει να είναι προσιτά⁷.

Μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την οδήγηση

Είναι ένα ιδιαίτερα λεπτό θέμα και πολύ δύσκολο στον χειρισμό του. Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται κάποιο ατύχημα αποτελεί μερικές φορές την αφορμή για την διάγνωση της άνοιας. Μια έρευνα στη Σουηδία έδειξε ότι το 20% των ατυχημάτων έγιναν από άτομα, στον εγκέφαλο των οποίων βρέθηκαν σαφείς αλλοιώσεις τύπου Alzheimer, παρότι δεν είχε γίνει ποτέ διάγνωση.

Είναι δεδομένο ότι δεν πρέπει να οδηγεί ένα άτομο με άνοια, διότι ήδη από τα πρώτα στάδια της νόσου, διπλασιάζονται οι πιθανότητες ατυχήματος. Αιτία δεν είναι η πιθανώς στιγμιαία σύγχυση, αλλά η συνεχής επιβράδυνση των ανώτερων λειτουργιών.

Η διατήρηση της αξιοπρέπειας του ατόμου, αλλά και οι πρακτικές δυσκολίες που θα προκύψουν από τη διακοπή της οδήγησης απαιτούν

λεπτούς χειρισμούς. Υπάρχουν πολλοί τρόποι ώστε να επιτευχθεί αυτό χωρίς να θυμώσει ο ασθενής.

Έπειτα από κάποια στιγμή της εξέλιξης της νόσου το άτομο με άνοια δεν ξαναοδηγεί από μόνο του. Μπορεί να έχει πια ξεχάσει τη διαδικασία ή την αναγκαιότητα^{7,10}.

Μέτρα που πρέπει να παίρνονται για την αποφυγή ατυχημάτων

Τα πιο συχνά ατυχήματα οφείλονται στα προβλήματα μνήμης και την έλλειψη κρίσης, την βραδύτητα των αντιδράσεων, τις δυσκολίες στη μετακίνηση, τα προβλήματα όρασης ή ακοής κ.λπ.

- Αν τους πιέζονται για να κάνουν κάτι η πιθανότητα ατυχήματος αυξάνεται.

- Πρέπει ο φροντιστής να τον προσέχει μην πει κάποια επικίνδυνη ουσία, γιατί θα πρέπει να τον πάει στον ιατρό παίρνοντας μαζί το μπουκάλι από το οποίο μπορεί να ήπια, προκειμένου να διευκολύνει τον ιατρό.

- Οι πτώσεις είναι πολύ συχνές στα άτομα με άνοια, με ιδιαίτερα επώδυνες συνέπειες, γι' αυτό θα πρέπει να μην υπάρχουν εντός της κατοικίας τους εμπόδια που μπορεί να τους προκαλέσουν ατύχημα³.

Πως μπορεί να διατηρηθεί μία καλή επικοινωνία

Η επικοινωνία με το άτομο με άνοια δεν μπορεί να μπει σε κανόνες. Εξαρτάται από το ίδιο το άτομο και τις δυνατότητες του, καθώς και από το στάδιο της άνοιας. Εξαρτάται από το ποιος είναι ο φροντιστής και τον αριθμό των φροντιστών ή των συνήθως παρόντων στο σπίτι.

Οι τρόποι, επικοινωνίας επομένως ποικίλλουν:

- Μπορεί να διευκολύνει να κάνετε μαζί κάποιες δραστηριότητες.

- Μπορεί να διευκολύνει να στρέφεται τη συζήτηση σε κάποια γεγονότα από το παρελθόν ή σε άτομα του παρελθόντος ή και να βλέπεται μαζί παλιές φωτογραφίες.

- Το να επικοινωνείτε με λόγια δεν θα είναι πάντα εφικτό. Η ασθένεια δυσκολεύει τη λεκτική επικοινωνία και πρέπει να μάθετε να καταλαβαίνεται καταστάσεις που εκφράζονται με άλλα μέσα.

- Σε κάθε απόπειρα σας να επικοινωνήσετε, θα πρέπει να βεβαιώνετε ότι η προσοχή του ατόμου με άνοια είναι στραμμένη σε εσάς. Έτσι προσπαθήστε να κάνετε τα βλέμματά σας να συναντηθούν, να είστε κοντά για να βλέπει τα χείλια σας, τις εκφράσεις σας και τις κινήσεις σας.

- Απότομες και βιαστικές κινήσεις αναστατώνουν το άτομο με άνοια και δυσκολεύουν την επικοινωνία. Μιλάτε ήρεμα, με σύντομες, απλές και σαφείς προτάσεις. Δυνατή φωνή ή απότομο ύφος μπορεί να εκληφθεί σαν κριτική ή μάλωμα.

- Κάντε μία ερώτηση τη φορά. Δώστε πολύ χρόνο για την απάντηση. Μπορεί να χρειαστεί να επαναλάβετε τις ερωτήσεις.

- Να απευθύνεστε στο άτομο με άνοια με ευγένεια, με το όνομα του, όχι σαν να μιλάτε σε παιδάκι, ούτε αγενώς, επειδή θεωρείτε ότι δεν καταλαβαίνει.

- Ακούτε προσεκτικά και υπομονετικά την απάντηση. Βοηθήστε να βρει τις λέξεις. Μαντέψτε τι θέλει να πει και προτείνετε το ως απάντηση, αλλά περιμένετε την επιβεβαίωση. Βοηθείστε με κινήσεις των χεριών και του σώματος. Διακριτικά, ώστε να μη νιώσει μειωμένος.

- Τέλος, το χιούμορ είναι ιδιαίτερα βοηθητικό και για τα άτομα με άνοια. Το να του κρατάτε το χέρι, να είστε δίπλα του δείχνοντας ότι τον θέλετε, διευκολύνει την επαφή^{7,26}.



Διατήρηση των δραστηριοτήτων

Διατηρώντας το άτομο με άνοια ορισμένες δραστηριότητες, όσο αυτό είναι εφικτό, βελτιώνετε τη δική του ποιότητα ζωής.

Το άτομο με άνοια διατηρεί την αυτοπεποίθηση του και την αυτοεκτίμηση του. Οι δυνατότητες του μεταβάλλονται ανάλογα με το στάδιο της άνοιας στο οποίο βρίσκεται και ανάλογα με τη διάθεση του.

Οι δραστηριότητες επιτρέπουν τη διατήρηση δεξιοτήτων, την έκφραση συναισθημάτων, ενώ προσδίδουν κάποιο ενδιαφέρον και κάποια ευχαρίστηση στην καθημερινή ρουτίνα.

Πρέπει να προτείνετε εσείς δραστηριότητες, διότι σε κάποια στιγμή της πορείας της αρρώστιας θα πάψει το άτομο με άνοια να παίρνει πρωτοβουλίες.

Έτσι μπορείτε να προτείνετε:

- Τις δραστηριότητες στις οποίες συνήθιζε να επιδίδεται στο παρελθόν.
- Περίπατους.
- Βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού.
- Συνοδεία σε επισκέψεις σε σπίτια γνωστών ή συγγενών.
- Παιχνίδια επιτραπέζια και χαρτιά, όχι όμως με ανταγωνιστικό τρόπο.
- Χορό, να ακούει μουσική.
- Να έχει ένα σκύλο ή μια γάτα στο σπίτι.
- Να βλέπει άλμπουμ με παλιές φωτογραφίες.

- Να βλέπει βιβλία με εικόνες της εποχής του.
- Να βλέπει τηλεόραση, αλλά όσο προχωράει η άνοια μπορεί να δημιουργεί σύγχυση. Προτείνετε κάποιο αγαπημένο πρόγραμμα και όχι για πολλή ώρα.
- Τέλος, επισκέψεις σε πάρκο, ζαχαροπλαστείο, μουσείο κ.λπ.



Βοήθεια του ασθενή στο πλύσιμο

Για τους περισσότερους ενήλικες το πλύσιμο είναι μια προσωπική και ιδιωτική διαδικασία.

Οι φροντιστές πρέπει να είναι διακριτικοί όταν βοηθούν και όταν προσπαθούν να πείσουν ένα άτομο με άνοια να διατηρείται καθαρό. Είναι σημαντικό να σέβεται ο φροντιστής την αξιοπρέπεια του ατόμου με άνοια.

Στα πρώτα στάδια της άνοιας, το πρόβλημα δεν είναι μεγάλο. Αρκεί να του το θυμίζετε και να του έχετε έτοιμα όλα όσα χρειάζονται, για να διατηρήσει τις συνήθειες πλυσίματος που είχε πριν.

Σε μεταγενέστερο στάδιο της ασθένειας, θα χρειαστεί και βοήθεια από το φροντιστή και πιθανόν από νοσηλεύτη ή και ιατρό. Ενισχύστε την ανεξαρτησία του θυμίζοντας του το επόμενο βήμα στη διαδικασία του πλυσίματος π.χ. να πλύνει ορισμένα μέρη του σώματος, να χρησιμοποιήσει σαπούνι ή πετσέτα.

Να τα έχετε όλα έτοιμα, στην ίδια πάντα θέση, προτού ξεκινήσει το μπάνιο του. Επίσης, φροντίστε να μην γλιστράει το πάτωμα, να είναι

ζεστός ο χώρος και η θερμοκρασία του νερού να μην είναι ούτε πολύ κρύα ούτε πολύ ζεστή.

Εκμεταλλευτείτε τυχόν ευκαιρία να δείτε το άτομο γυμνό, για να ελέγξετε τυχόν κοκκινίλες ή εξανθήματα στο σώμα που πρέπει αμέσως να αναφέρεται στον γιατρό σας. Σημειώστε ότι όταν τελειώνει το μπάνιο του πρέπει να είναι τελείως στεγνός, διότι ενδέχεται όταν υπάρχουν κοκκινίλες να ανοίξει το δέρμα και να δημιουργηθούν κατακλίσεις.

Τέλος, εάν το πλύσιμο δημιουργεί εντάσεις, είναι προτιμότερο να πλένετε ορισμένα μέρη του σώματος σταδιακά κατά τη διάρκεια της ημέρας, χωρίς να τους αναγκάζει να μπαίνουν στη μπανιέρα.

Περίεργη Συμπεριφορά

Τα άτομα με άνοια συμπεριφέρονται μερικές φορές με παράξενο τρόπο, φέρνοντας σε αμηχανία τους γύρω τους. Επομένως, οι φροντιστές πρέπει με πολύ προσεκτικό τρόπο να τις αντιμετωπίσουν. Τέτοιες καταστάσεις είναι:

- Επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις.
- Επαναλαμβανόμενες προτάσεις ή κινήσεις.
- Επαναληπτική συμπεριφορά.
- Όταν σας ακολουθεί από πίσω.
- Φωνές και κραυγές.
- Γέλια και κλάματα.
- Έλλειψη αναστολών και ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά.
Μπορεί να γδύνονται ή να εμφανίζονται γυμνοί, όταν είναι άλλος κόσμος μπροστά.
- Βάδιση πάνω-κάτω ή εκνευρισμός.
- Κρύψιμο ή χάσιμο αντικειμένων.

- Υποψίες.
- Παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και παραληρήματα.
- Επιθετική συμπεριφορά.
- Φυγές, περιπλανήσεις.

Όλες αυτές οι περίεργες συμπεριφορές των ατόμων με άνοια πρέπει να αντιμετωπίζονται από τους φροντιστές με ηρεμία και υπομονή^{3,7,10,26}.

6.4 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Η προσπάθεια για διατήρηση της αξιοπρέπειας του ατόμου με άνοια εξαρτάται από το παρελθόν του ατόμου.

Κάθε άτομο με άνοια δεν είναι το ίδιο. Σε κάθε άνθρωπο που τον φροντίζει ή έρχεται σε επαφή μαζί του, ακόμη και για περιορισμένο χρονικό διάστημα, πρέπει να δίνονται αρκετές πληροφορίες για το παρελθόν του, ώστε να μην αντιμετωπίζεται απλώς και μόνο σαν ένα άτομο με άνοια. Το ίδιο πρέπει να κάνει και ο βασικός φροντιστής, που κατά κανόνα ξέρει το παρελθόν του.

Υπάρχουν ορισμένες αλήθειες, κοινές για όλα τα άτομα με άνοια:

- Πρέπει να υπενθυμίζετε στους γύρω του ότι πάσχει από άνοια, ότι δεν είναι ντροπή για κανέναν ούτε λάθος κανενός, αλλά εξαιτίας της αρρώστιας μπορεί να λέει ή να κάνει ανάρμοστα πράγματα.
- Μπορεί ακόμη, να αρέσκειται σε συζητήσεις για τα παλιά, ιδίως αν του ήταν ευχάριστα, ενώ μπορεί να μην είναι σε θέση να παρακολουθήσει τις τρέχουσες εξελίξεις.

- Πρέπει να του συμπεριφέρονται όλοι όπως συμπεριφέρονται σε κάθε ενήλικα και με όση ευγένεια δικαιούται.
- Πρέπει να ξέρουν όλοι ότι χρειάζεται επιβεβαίωση και συμμετοχή σε ότι λέει και κάνει.
- Να μη μιλάνε ποτέ κρυφά γι' αυτόν μπροστά του. Να μη φαίνεται ότι κάτι του κρύβουν.
- Να μην του κάνουν κριτική, να μην τον κοροϊδεύουν και να μην γελάνε μπροστά του με αφορμή κάποιο λάθος του.
- Μην ξεχνάτε ότι μπορεί να μη θυμάται αυτό που άκουσε ή να μη δώσει σημασία. Αντίθετα αυτό που θα συγκρατήσει είναι ότι κάτι του κρύβουν.
- Να προσπαθούν να καταλάβουν αυτό που θα ήθελε να πει, αν αυτό που λέει είναι ακατάληπτο και να προσπαθούν να δώσουν κάποια απάντηση στο αίτημα, παρά να κλείσουν τη συζήτηση δείχνοντάς του ότι δεν έγινε κατανοητός.
- Πρέπει να επικεντρώνονται στις ικανότητές του και όχι στις μειονεξίες του.
- Να του ζητούνται πράγματα που μπορεί να κάνει, για να μην αποτυγχάνει και αισθάνεται ντροπή.
- Δώστε χρόνο σε ότι κάνει.
- Χωρίστε τις δραστηριότητες σε μικρά κομμάτια και μιλάτε για ένα μόνο πράγμα, αποφεύγοντας πράγματα που ξέρετε ότι δεν θα γίνουν κατανοητά.
- Να ενθαρρύνετε το άτομο με άνοια να έχει την εμφάνιση που θα το κάνει υπερήφανο.
- Σεβαστείτε τις ιδιωτικές του στιγμές. Χτυπήστε την πόρτα προτού μπειτε στο δωμάτιο του.

- Αφήστε τον μόνο του στο μπάνιο. Αν χρειαστεί να τον βοηθήσετε, κλείνετε την πόρτα αποχωρώντας.
- Προσφέρετε επιλογές και ζητήστε τη γνώμη του σε όλα.
- Ακόμη κι αν φαίνεται ότι δεν καταλαβαίνει τι γίνεται, εξηγήστε του και κρίνετε από την αντίδραση του ή την έκφραση του προσώπου του αν κατάλαβε.
- Τα άτομα με άνοια δικαιούνται να είναι μερικές φορές αγχώδη ή και λυπημένα. Περιμένουν απ' όσους τους φροντίζουν να τα κατανοούν και να μοιράζονται μαζί τους τα αισθήματά τους^{7,10}.



6.5. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Τα προβλήματα διατροφής απαιτούν ενεργό και συστηματική συμμετοχή του φροντιστή στην αντιμετώπιση τους και δεν αρκεί η απλή ενημέρωση του για το πρόβλημα, αλλά και η ενημέρωση του για τις πρακτικές που μπορεί να ακολουθήσει.

Πρόσφατες μελέτες επισήμαναν απώλεια σωματικού βάρους και ανεπάρκεια βιταμινών σε ασθενείς με άνοια. Η απώλεια βάρους οδηγεί σε επιδείνωση της υγείας των ασθενών, επιβαρύνοντας περαιτέρω τις οικογένειές τους, που συχνά αισθάνονται αδύναμες να αντεπεξέλθουν. Έτσι, μερικές φορές, σημαντικές μεταβολές στο σωματικό τους βάρος εμφανίζουν και οι φροντιστές.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, μελέτες αναφέρουν ότι το βάρος των ασθενών που νοσηλεύονται με άνοια ήταν μικρότερο από το

βάρος ομάδας ελέγχου ηλικιωμένων ατόμων χωρίς προβλήματα υγείας. Αυτή η απώλεια βάρους σημειώνεται συχνά ακόμη και αν η κάλυψη του ασθενούς σε θερμίδες είναι ικανοποιητική ή πολύ μεγαλύτερη από αυτή των ηλικιωμένων χωρίς προβλήματα υγείας. Μάλιστα η απώλεια βάρους μπορεί να συμβεί πριν από τη διάγνωση της άνοιας.

Απώλεια σωματικού βάρους σε ασθενείς με άνοια

Όταν αρχίζει να αναπτύσσεται η άνοια, συνοδεύεται συχνά από αλλαγή στη διατροφική κατάσταση, κυρίως στους ανθρώπους που μένουν μόνοι τους.

Σε αυτό το στάδιο, είναι πιθανή η πρόληψη της απώλειας βάρους με συχνή παρακολούθηση της διατροφής με το MNA (Mini Nutritional Assesment) και διορθωτική ρύθμιση της κατανάλωσης φαγητού.



Αυτή η απώλεια βάρους συνδέεται με μεταβολές στη λήψη τροφής λόγω μείωσης διαφόρων ικανοτήτων. Ξεκινάει ύπουλα από τα πρώτα στάδια της νόσου και επιδεινώνεται με την εξέλιξη της νόσου.

Αιτίες μείωσης του σωματικού βάρους

1. Αλλαγή στις ενεργειακές ανάγκες.
2. Δυσλειτουργία του συστήματος ρύθμισης βάρους.
3. Ατροφία του μέσου κροταφικού λοβού.
4. Φυσιολογικές διαταραχές.

Ανεπάρκεια βιταμινών στην άνοια

Διάφορες μελέτες συσχετίζουν γνωστικές λειτουργίες ή την άνοια με τα επίπεδα βιταμινών C, E, B12, B6, φυλλικού και καροτίνης-β στο πλάσμα των ηλικιωμένων ατόμων. Υψηλά επίπεδα στο πλάσμα φαίνεται να συσχετίζονται με καλύτερα αποτελέσματα σε διάφορες δοκιμασίες που ελέγχουν τις γνωστικές λειτουργίες.

Η διατροφή φαίνεται να επηρεάζει τις γνωστικές λειτουργίες με δύο τρόπους.

Η αντιοξειδωτική δράση ορισμένων βιταμινών, αφενός και οι σωστές ποσότητες B12, B6 και φυλλικού αφετέρου, μπορεί να προστατεύουν την ακεραιότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Δύο υποθέσεις μπορούν να εξηγήσουν τον ρόλο των βιταμινών B12, B6 και φυλλικού στη διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών.

Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση, η ανεπάρκεια βιταμινών B12, B6 και φυλλικού μπορεί να οδηγήσει σε μια τοξική συσσώρευση ομοκυστεΐνης.

Σύμφωνα με την δεύτερη υπόθεση, η ανεπάρκεια βιταμινών B12, B6 και φυλλικού μπορεί, μεταξύ άλλων, να μειώσει τη μεθυλίωση της μυελίνης.

Αυτές οι δύο υποθέσεις θα μπορούσαν να εξηγήσουν την εμφάνιση των γνωστικών διαταραχών. Επίσης, οι αντιοξειδωτικές ιδιότητες των βιταμινών E, C, και β-καροτίνης περιορίζουν τις κακές επιδράσεις των ελεύθερων ριζών. Ο εγκέφαλος περιέχει υψηλές συγκεντρώσεις βιταμίνης C, η οποία συσσωρεύεται εύκολα εκεί μετά από συστηματική χορήγηση. Η βιταμίνη E είναι παρούσα στις ίνες της μυελίνης και τις μεμβράνες των κυττάρων. Τέτοια αντιοξειδωτική προστασία στην περιοχή του εγκεφάλου θα μπορούσε να προλάβει μεταβολές λόγω οξείδωσης, η οποία αποτελεί πηγή μειωμένων γνωστικών λειτουργιών.

Επιπλέον, το ειδικό αποτέλεσμα της προηγούμενης απορρόφησης βιταμίνης E και βιταμίνης A μπορεί να εξηγηθεί από τη λιποδιαλυτή δομή τους. Αποθέματα αυτών των βιταμινών συσσωρεύονται με τον καιρό στον λιπώδη ιστό (βιταμίνη E) και στο ήπαρ (βιταμίνη A), αποτελώντας μακροχρόνια πηγή αντιοξειδωτικών.

Τέλος, η ανεπάρκεια των βιταμινών στους ασθενείς με άνοια μπορεί να είναι συνέπεια της νόσου. Φαίνεται ότι άτομα με άνοια έχουν μικρή ποικιλία στο φαγητό τους, γεγονός που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανεπάρκειας.

Πως χρησιμοποιείται το Ημερολόγιο Διατροφής

Το ημερολόγιο Διατροφής αποσκοπεί στον εντοπισμό της απώλειας σωματικού βάρους που συνδέεται με τη Γεροντική άνοια και τη νόσο Alzheimer και επιτρέπει την έγκαιρη αντιμετώπιση, βοηθώντας τη συστηματική παρακολούθηση του βάρους, μέσα από απλές διαιτητικές συμβουλές.

Το Ημερολόγιο Διατροφής χρησιμοποιείται ως μια κοινή ατζέντα, στην οποία σημειώνονται τα ραντεβού (π.χ. με τον ιατρό ή εκπαιδευτικές συναντήσεις σε θέματα διατροφής) ή άλλες πληροφορίες. Επιπρόσθετα, το Ημερολόγιο Διατροφής παρέχει έναν πολύ απλό τρόπο, χάρη σε δύο ειδικά «κουτιά», για να σημειώνεται κάθε μήνα το σωματικό βάρος του ατόμου που πάσχει από άνοια και το σωματικό βάρος του ανθρώπου που τον φροντίζει.

Άλλες χρήσεις του είναι να υπενθυμίζει και να δίνει συμβουλές για τη δίαιτα και να συμβουλεύει για τη σωματική δραστηριότητα. Τέλος, σε κάποιο τμήμα του Ημερολογίου Διατροφής σας υπενθυμίζεται τι να κάνετε σε περιπτώσεις ανορεξίας ή απώλειας βάρους του ατόμου με άνοια (αριθμός τηλεφώνου για να επικοινωνήσετε με κάποιον ιατρό, διαιτολόγο, νοσηλεύτη κ.ά.)²⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

7.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΝΟΪΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από γεροντική άνοια ή νόσο Alzheimer είναι δύσκολο να περιγραφούν. Και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.



Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

A) Τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση του άγχους, την βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα.

B) Τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

1. Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
2. Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.

3. Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται².

7.2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ–ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ανοϊκοί ασθενείς είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μην μιλάει καθόλου.

Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο είναι η τροφή και το νερό. Σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία των ανοϊκών ασθενών – νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνον το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ διαθέτουν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους.

Τα επίπεδα απομονώσεως στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και τη φυσική του κατάσταση.

Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με τους ανοϊκούς ασθενείς, προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια, κ.ά.

Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι παρακάτω οδηγίες:

- Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
- Να χρησιμοποιείται γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.

- Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις.
- Να αποφεύγετε το απαγορευτικό «μη» και να δίνεται θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνεται απλές οδηγίες, που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις.
- Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
- Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε την σύγχυση.
- Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε την συμπεριφορά του απέναντι σας.
- Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή.

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσο για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στην μνήμη του λειτουργούν με δύο τρόπους:

1. Διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και
2. πως αντιλαμβάνεται την φάση του κύκλου της ζωής του.

Η μουσική που συνήθιζε να ακούει το άτομο έχει βρεθεί ότι ηρεμεί, αλλάζει την διάθεση και τον ανακουφίζει από το άγχος και τον εκνευρισμό.

Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει την λεκτική ικανότητα του ασθενή. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις και θωπείες, όπως ένα χάδι, ένα απαλό χτύπημα στην πλάτη, ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και τόσες άλλες μικρές αλλά τόσο σημαντικές πράξεις, που όμως προϋποθέτουν εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές.

Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία του ασθενή γίνεται περισσότερο σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στην φροντίδα του ασθενή, σύζυγοι, αδέρφια, κ.ά., στην προσπάθειά τους να παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση.

Γι' αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.

- Να παρέχει βοήθεια όπου είναι ανάγκη, για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
- Να παρέχει οδηγίες σχετικές με την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Να προτείνει να γραφούν τα στοιχεία του ασθενούς, η διεύθυνση και το τηλέφωνο, ώστε αν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια.
- Να δώσει οδηγίες σχετικές με το διαιτολόγιο του ασθενή. Οι ερευνητές τοποθετούν την απώλεια βάρους ως σύμπτωμα της νόσου του Alzheimer και γενικότερα των ανοιών.
- Να συστήσει ειδικό έντυπο εκτιμήσεως της διατροφικής καταστάσεως του ασθενούς (Mini Nutritional Assesment – MNA).
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη με σκοπό την μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης.

Τα άτομα που εμπλέκονται στην φροντίδα των θυμάτων της νόσου του Alzheimer και της άνοιας είναι αναγκαίο να διαθέτουν ψυχικό σθένος και ηρωισμό. Και τούτο γιατί πολλές φορές δοκιμάζουν βαθιά οδύνη όταν βλέπουν ανθρώπινα πλάσματα να παλινδρομούν και χωρίς αναστολές να συμπεριφέρονται κατά τρόπο που ποτέ δεν θα τον ενέκριναν. Επομένως στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών πρέπει να περιληφθεί ειδική μέριμνα για εκείνους που παρέχουν φροντίδα².

7.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ



Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να καλύπτει όλες τις βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές και οικονομικές παραμέτρους της ζωής, να εξατομικεύεται και να προσαρμόζεται σύμφωνα με το στάδιο της εξέλιξης της νόσου, με σκοπό να βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής τους και να ανακουφίζονται αυτοί που σηκώνουν το βάρος της φροντίδας τους.

Ανάμεσα στις τόσες πολλές απώλειες που υφίστανται τα θύματα της νόσου του Alzheimer και της Γεροντικής άνοιας, η απώλεια της επικοινωνίας με τους άλλους ίσως είναι η μεγαλύτερη. Πολύ χαρακτηριστικά λέγεται: *«Φαντάσου να ζεις σε ένα κόσμο που κάθε λεπτό της ζωής σου σβήνεται από την μνήμη σου καθώς το λεπτό αυτό περνάει. Φαντάσου πως η μνήμη σου σβήνεται τελείως, ώστε να αρχίζεις να ξεχνάς πώς να μιλάς, πώς να φέρεις δημόσια, πώς να ντύνεσαι, ακόμα και πώς να τρως. Φαντάσου πως θα ήταν η ζωή σου αν ότι έμαθες κατά τη διάρκεια της εξασθενούσε στην μνήμη σου».*

Οι τελευταίες ερευνητικές προσπάθειες φαίνονται περισσότερο ελπιδοφόρες, σε σχέση με την κατανόηση των μηχανισμών και των παραγόντων που ευθύνονται για την καταστρεπτική διεργασία του εγκεφαλικού φλοιού. Ας ελπίζουμε η πλήρης κατανόηση να είναι κοντά.

Τέλος, ακολουθεί ένα νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ανοϊκού ασθενούς:

Νοσηλευτική αξιολόγηση: περιοχές αξιολόγησης

- Πορεία διανοητικής εκπτώσεως.
- Εκδηλώσεις συμπεριφοράς.
- Συναισθηματικές εκδηλώσεις.
- Λειτουργικότητα και κινητικότητα.
- Επιθετική συμπεριφορά.
- Ασφάλεια.
- Φαρμακευτική αγωγή.
- Διατροφή.
- Ατομική υγιεινή.
- Προσωπική εμφάνιση.
- Επικοινωνία.
- Εκτίμηση γνώσεων και στάσεων φροντιστών.
- Συμβουλευτική και εκπαίδευση φροντιστών.
- Συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια σε πρακτικά θέματα φροντίδας.
- Παρότρυνση να συνδεθούν οι φροντιστές με δίκτυα υποστήριξης².

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η γεροντική άνοια και η νόσος Alzheimer, ταυτόσημη έννοια πλέον, είναι μία από τις πιο συχνές και σημαντικές παθήσεις της Γηριατρικής και της Νευρολογίας. Είναι μία πάθηση με συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό εμφάνισης στα άτομα της Τρίτης ηλικίας και όχι μόνο. Η άνοια χαρακτηρίζεται από βασικές και χαρακτηριστικές διαστρεβλώσεις της μνήμης, της σκέψης και της αντίληψης. Η διαταραχή αφορά τις πιο βασικές λειτουργίες που δίνουν στο φυσιολογικό άτομο το αίσθημα της ατομικότητας, της μοναδικότητας, του συναισθήματος και του ελέγχου του εαυτού του.

Με την πάροδο του χρόνου οι έρευνες για την αντιμετώπιση, την θεραπεία, την διάγνωση και την πρόγνωση της νόσου έχουν εξελιχθεί, χωρίς όμως να υπάρχει ουσιαστική θεραπεία, παρά μόνο βελτίωση στη ποιότητα ζωής του ασθενή και των οικείων του.

Η νόσος Alzheimer αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή άνοιας και αυτό οφείλεται στην πρόιμη έναρξη των συμπτωμάτων. Τα τελευταία, όμως, χρόνια αποτελεί και την πιο συχνή μορφή άνοιας σε συνάρτηση με την Γεροντική άνοια. Όσο αυξάνεται ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού, τόσο αυξάνονται ταυτόχρονα και οι πιθανότητες πιο συχνής εμφάνισης της νόσου.

Η σημαντική αναγνώριση της κοινωνίας μας για τις επιστημονικές ομάδες υγείας που ασχολούνται με αυτό το φαινόμενο, μία εκ των οποίων είναι και η νοσηλευτική, στην φροντίδα των ασθενών θα παίξει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανοϊκών ασθενών.

Έτσι, η καλή πληροφόρηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τα προβλήματα που προκύπτουν από μια τέτοια νόσο, θα βοηθήσει στην άμεση και καλή συνεργασία των επιστημόνων υγείας με τους φροντιστές των ασθενών, ώστε να επιτευχθεί ένα καλό επίπεδο ζωής για τους ανοϊκούς ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Οδηγός Γeronτολογίας, Αθήνα 2004.
- 2) Χρυσάνθη Δ. Πλατή, Γeronτολογική Νοσηλευτική, Αναθεωρημένη 4^η έκδοση, Αθήνα 2000.
- 3) Alzheimer Europe, Ζώντας με την Νόσο Alzheimer, Πρακτικός Οδηγός για τους Περιθάλποντες ασθενείς με Νόσο Alzheimer, Αθήνα 1999.
- 4) Α. Καράβατος, Νόσος Alzheimer (Senium Praecox), <http://doctors.in.gr>, Θεσσαλονίκη 1999.
- 5) Ψυχογηριατρική Εταιρία «Ο Νέστωρ» - Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Πρώιμη διάγνωση της Νόσου Alzheimer και συναφών Ανοιών, Αθήνα 2002.
- 6) Δημήτρης Βασιλόπουλος, Νευρολογία – Επιτομή Θεωρίας και Πράξης, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2000.
- 7) Αθανάσιος Μούγιας, Οδηγός για τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές Άνοιας, Εκδόσεις Mendor, Αθήνα 2003.
- 8) Μαγδαληνή Τσολάκη (επιμέλεια), Πρακτικά του 10^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer, Θεσσαλονίκη 2000.
- 9) Μαγδαληνή Τσολάκη, Ένας στους 20 Έλληνες θύμα της Νόσου Alzheimer, <http://health.in.gr>, Θεσσαλονίκη, Νοέμβριος 2001.
- 10) Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Νόσος Alzheimer και άλλες μορφές Άνοιας, Εγχειρίδιο για Επαγγελματίες Υγείας, Αθήνα 1997.

- 11) Rubinstein Henri, «Όταν η μνήμη εξασθενεί», σε επιστημονική θεώρηση Νίκου Δέγλερη και μετάφραση Φωτεινής Μεγαλούδη, Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα 2000.
- 12) Μαρίνος Δαλάκας, Πρακτική Κλινική Νευρολογία, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2001.
- 13) Adam's and Victor's, Νευρολογία, 2^η Ελληνική έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002.
- 14) Δ. Βασιλόπουλος, Σύγχρονες απόψεις για την Αιτιοπαθογένεια της Νόσου Alzheimer, Αθήνα 1996.
- 15) Lord Walton, Νευρολογία, 6^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000.
- 16) Lindsay/ Bone/ Callander, Νευρολογία και Νευροχειρουργική Εικονογραφημένη, 2^η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνος", Αθήνα 2002.
- 17) Φραγκίσκος Ιωάν. Χανιώτης, Εγχειρίδιο Γηριατρικής, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1998.
- 18) Γ. Χριστοδούλου και Συνεργάτες, Ψυχιατρική, Αθήνα 2000.
- 19) Γ. Μεντελόπουλος, «Η Νόσος Alzheimer, Κλινικές Διαγνωστικές και Φαρμακευτικές προσεγγίσεις», εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000.
- 20) Ι. Κυριόπουλος, Ε. Γεωργούση, Γ. Σκουτέλης, Υγεία και κοινωνική προστασία στην Τρίτη Ηλικία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1993.
- 21) Διαταραχές μνήμης και προσοχής, Μέριμνα για τους ηλικιωμένους, εκδόσεις Lamipharm, Αθήνα 2000.
- 22) Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχές της Συμπεριφοράς, Κλινικές Περιγραφές και Οδηγίες για τη

- Διάγνωση, World Health Organization, εκδόσεις Βήτα/
Medical Arts, Αθήνα 1997.
- 23) Αθανάσιος Μούγιας, Νόσος Alzheimer: έγκαιρη διάγνωση,
βοήθεια στην οικογένεια, Αθήνα 1998.
- 24) Ακριβής μέθοδος απεικόνισης για Πρόγνωση της Νόσου
Alzheimer, <http://health.in.gr>, Νοέμβριος 2001.
- 25) Νέες ελπίδες για Πρόγνωση της Νόσου Alzheimer,
<http://health.in.gr>, Μάρτιος 2002.
- 26) Φροντίδα ασθενών με Alzheimer, <http://care.flash.gr>,
Φεβρουάριος 2002.
- 27) Γιώργος Καραχάλιος, Φροντίστε σωστά τους πάσχοντες από
τη Νόσο Alzheimer, <http://doctors.in.gr>, Αθήνα, Μάιος 2004.