

Zwracamy uwagę na zdrowie poznawcze

Z okazji Światowego Dnia Choroby Alzheimerera (21 września) i miesiąca świadomości tej choroby rozmawiamy z dr. n. med. Marcinem Wojterą, psychiatrą, zastępcą kierownika Oddziału Psychiatrii Wieku Podeszłego w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Śledząc doniesienia ze świata medycyny i nauki, mam wrażenie, że bardzo dużo „dzieje się” naukowo i technologicznie w temacie choroby Alzheimerera. Czy to prawda?

Dr n. med. Marcin Wojtera: Choroba Alzheimerera to zdecydowanie palący problem od dawna. Nasila się, gdyż z jednej strony społeczeństwo się starzeje, a z drugiej wydłuża się długość życia. Mamy więc rosnącą grupę seniorów, a co za tym idzie – rosnące ryzyko wystąpienia otępień. Szacuje się, że aż 60–70 proc. otępień jest typu alzheimerowskiego. Wiążą się one z procesem neurozwyrodnieniowym, w tym z gromadzeniem się białka beta-amyloidu oraz zwyrodnienia neurofibrilarnego, tworów zbudowanych z nieprawidłowo fosforylowanego białka tau.

Mamy od lat ugruntowaną teorię, mówiącą o nieprawidłowym gromadzeniu się białka beta-amyloidu: w chorobie Alzheimerera zaczyna się nieprawidłowo odkładać i tworzyć tzw. blaszki amyloidowe. Te blaszki uszkadzają połączenia między neuronami, co zaburza komunikację między komórkami nerwowymi. Drugie zaburzenie dotyczy tworzenia się splotów neurofibrilarnych, które prowadzą do zaburzeń funkcjonowania i ostatecznie śmierci komórek nerwowych. Niestety, przez wiele lat, nie udało się opracować skutecznego leczenia przyczynowego.

Czy są prowadzone badania nad takimi lekami?

Tak, badania nad lekami przyczynowymi na chorobę Alzheimerera są intensywnie prowadzone. W ostatnich latach pojawiły się nowe leki, które wzbudziły wiele nadziei w społeczności medycznej. Dwa z tych leków – adukanumab i lekanemab – zostały niedawno zatwierdzone w Stanach Zjednoczonych, z czego ten pierwszy jest już wycofany, ze względu na niedostateczny proces badawczy. Jak na razie nie zostały one dopuszczone do użytku w Europie, co potwierdza wątpliwości na temat ich skuteczności i bezpieczeństwa.

Natomiast dość optymistycznie brzmią doniesienia z niedawnej Alzheimer's Association International Conference (AAIC) 2024 w Filadelfii. Podczas tej najważniejszej konferencji dla środowiska, jednym z głównych tematów było badanie nad lekiem gantenerumab w kontekście choroby Alzheimera o podłożu rodzinnym (tzw. Alzheimer dziedziczny, ADAD). Gantenerumab jest przeciwciałem monoklonalnym, które celuje w beta-amyloid. Ale jeszcze długa droga, zanim taki lek trafi do pacjentów. Póki co leczenie pacjentów z chorobą Alzheimera w Polsce, podobnie jak w innych krajach, opiera się przede wszystkim na leczeniu objawowym.

A kto leczy pacjentów z chorobą Alzheimera?

W otępieniu łagodnym i wczesnym – najczęściej lekarze rodzinni i neurologi. Do nas, psychiatrów, trafiają pacjenci z objawami psychotycznymi, bezsennością, psychozą – czasem jeszcze niezdiagnozowani pod kątem procesów otępiennych. W Polsce zarejestrowane w leczeniu choroby Alzheimera są 3 leki: 2 inhibitory cholinesterazy (donepezyl i riwastygmina), oraz memantyna. Chciałbym podkreślić, że jest mnóstwo technik pozafarmakologicznych, które przeciwdziałają i łagodzą zaburzenia pamięci.

Co to za techniki?

Przed rozwinięciem choroby na pewno chroni regularna aktywność fizyczna. I nie mam tu na myśli wyjścia na dwór i przejścia 200 m. Chodzi o wysiłek aerobowy, minimum dwa razy w tygodniu po godzinie. Oczywiście powinien być dostosowany do wieku i możliwości pacjenta, ale jednak powinien towarzyszyć mu choćby niewielki stopień zmęczenia.

Spodziewałam się raczej anegdotycznego rozwiązywania krzyżówek...

Jak najbardziej aktywność umysłowa też jest istotna i to na każdym etapie, bo stymulowanie różnych funkcji mózgu jest kluczowe w procesie spowolnienia choroby. Krzyżówki mogą być przydatne, natomiast coraz więcej badań wskazuje na skuteczność bardziej złożonych form aktywności poznawczej, takich jak gry czy łamigłówki, które wymagają skomplikowanego myślenia i szybkiego reagowania na zmieniające się warunki.

Na przykład gry, które polegają na poruszaniu się po labiryncie i reagowaniu na dynamicznie pojawiające się wyzwania, takie jak unikanie przeciwników czy zbieranie zasobów, mogą znacznie poprawiać zdolności nawigacyjne i pamięć przestrzenną. To przypomina klasyczną grę Pac-Man, gdzie gracz musi szybko podejmować decyzje, aby unikać przeciwników i znajdować najlepsze ścieżki w labiryncie. Takie aktywności mogą aktywować różne obszary mózgu, co jest istotne w kontekście neuroplastyczności.

W ramach prewencji należy – nie będzie to szczególnie odkrywczе – prowadzić zdrowy tryb życia i monitorować swój organizm: pilnować prawidłowego poziomu lipidów, ciśnienia, uregulować cukrzycę.

Kolejnym ważnym elementem jest szeroka sieć społeczna – pamiętajmy, by spotykać się ze znajomymi, korzystać z ofert klubów seniora, uniwersytetów trzeciego wieku. W Łodzi mamy aż siedem placówek Centrów Zdrowego i Aktywnego Seniora, a także dom dziennego pobytu w Polskim Towarzystwie Alzheimerowskim, gdzie odbywają się zajęcia ćwiczące funkcje poznawcze, a także sprawowana jest kompleksowa opieka. Pamiętajmy, że gdy tylko pacjent zostanie zamknięty w domu, zaczyna się etap biernej egzystencji. Dodam, że do Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego nie potrzebne jest skierowanie, można umówić się na wizytę kwalifikacyjną i zajęcia wstępne już w przypadku rozpoznania zespołu otępiennego.

Zainteresowały mnie rozwiązania oparte na AI – czy roboty takie jak PARO, wykorzystywane w opiece nad pacjentami z Alzheimerem, to realna pomoc czy chwyt marketingowy?

PARO to robot, już w tej chwili ósmej generacji. PARO, przypominający pluszową fokę, został zaprojektowany tak, aby reagować na różne bodźce, takie jak głaskanie, dźwięki czy dotyk. Reakcje te, podobne do zachowań żywych zwierząt, mogą przynosić pacjentom ulgę, zmniejszać poziom stresu i lęku, a także działać uspokajająco. Pamiętam pacjentkę, u której choroba Alzheimera doprowadziła do rozwoju zaburzeń zachowania, pobudzenia, psychozy. Leki działały na nią sedująco i nasennie, czy jak mawiała jej córka -otępiająco. Nie mieliśmy już pomysłu, jak jej pomóc. Aż któregoś dnia przyszła do niej wnuczka z lalką. Ta lalka zadziałała bardzo uspokajająco. Podobnie działa foka PARO.

Jednym z nowoczesnych rozwiązań jest też oparty na AI system – Elliq, który zastępuje choremu towarzystwo – to urządzenie, z którym chory może porozmawiać, przez które może połączyć się z rodziną, które przypomni mu np. o porze wzięcia leków.

Pamiętajmy, że sztuczna inteligencja ma nie tylko zastosowanie w formie urządzeń, ale także odgrywa kluczową rolę w diagnostyce medycznej poprzez analizę dużych zbiorów danych.

Uczenie maszynowe może identyfikować nieoczywiste przyczyny chorób, które mogą być trudne do wykrycia za pomocą tradycyjnych metod. Na przykład, analiza danych z obrazowania mózgu, takich jak rezonans magnetyczny (MRI), pozwala na łączenie i ocenę zmian czynnościowych oraz strukturalnych. Dzięki zebranych danym AI może dostrzec wzorce, które są niewidoczne dla ludzkiego oka lub trudne do jednoznacznej interpretacji w kontekście klinicznym. Tego rodzaju zaawansowane analizy mogą

prować do wcześniejszego wykrywania chorób i bardziej precyzyjnej diagnostyki, co jest kluczowe dla skutecznej interwencji terapeutycznej.

Należy jednak pamiętać, że takie zastosowania sztucznej inteligencji to wciąż pieśń przyszłości. Wprowadzają one również szereg etycznych wątpliwości oraz wyzwań związanych z bezpieczeństwem danych pacjentów. Dane medyczne są wrażliwe, a ich przetwarzanie wymaga zachowania najwyższych standardów ochrony prywatności. To rodzi pytania o to, jak zapewnić odpowiednią ochronę tych danych i jednocześnie maksymalnie wykorzystać potencjał AI w diagnostyce medycznej.

Choroba Alzheimera jest ogromnym wyzwaniem nie tylko dla pacjenta, ale też jego otoczenia. Wielu opiekunów pacjentów martwi się o ich bezpieczeństwo w codziennym funkcjonowaniu – co można im poradzić?

Powiedziałbym wręcz, że współpraca z opiekunem pacjenta z otępieniem jest kluczowa dla osiągnięcia sukcesu terapeutycznego! To od opiekuna uzyskujemy konkretne informacje dotyczące funkcjonowania pacjenta i opis zaburzeń zachowania. To opiekunowie dbają o bezpieczeństwo pacjenta, i poprzez swoje zachowanie wpływają na zachowania chorych. Opiekunowie kreują również środowisko w którym chory żyje, spędza czas. Wszystko zaś, co dzieje się wokół pacjenta, w jego otoczeniu ma ogromne znaczenie dla jego stanu psychicznego i fizycznego. Bliscy powinni dążyć do tego, by pacjent jak najdłużej pozostawał samodzielny. Ważne jest, aby opiekunowie dbali o regularną aktywność fizyczną, np. częste spacerowanie oraz wprowadzali codzienną rutynę, która może przynieść pacjentowi poczucie stabilności i bezpieczeństwa. Wymaga to jednak od opiekunów nauczenia się nowej relacji z chorym, najczęściej rodzicem, który często zmienia się z energicznej i zorganizowanej osoby w kogoś niesamodzielnego i niedołązonego.

Panowanie nad emocjami jest tu kluczowe. Obserwowanie, jak bliska osoba stopniowo traci swoje wcześniejsze zdolności, jest bardzo trudne emocjonalnie. Dlatego ważne jest unikanie negatywnych reakcji, takich jak złość, frustracja, mówienie: „Co się z tobą porobiło?!”, „15 razy ci już to tłumaczyłem”. Komunikacja z chorym powinna być spokojna i pełna zrozumienia. Ważne jest, aby opiekunowie unikali prób konfrontacji, które mogą pogłębiać stres u pacjenta. Zamiast tego, warto skupić się na wyczuciu, kiedy i jak warto wyjaśniać pewne sytuacje, aby zminimalizować napięcia i wspierać pacjenta w jak najlepszy sposób.

Taka empatyczna i przemyślana opieka może nie tylko poprawić jakość życia chorego, ale także złagodzić trudności emocjonalne związane z chorobą, które odczuwają zarówno pacjenci, jak i ich opiekunowie.

Czy istnieje jakiś moment, sygnał, że chory nie powinien mieszkać sam? Co wtedy powinien zrobić opiekun?

Osoba z chorobą Alzheimera powinna jak najdłużej być samodzielna. Powinniśmy jako opiekunowie zwracać uwagę na to, czy chory prawidłowo się odżywia (nie tyje nadmiernie, nie chudnie). Każda infekcja może nasilać zaburzenia poznawcze, więc powinniśmy pilnować także odporności chorego. Ja uważam, że chory nie powinien mieć dostępu do opakowań leków, ale znam też historie, że mimo wydzielenia dawek dziennych, pacjenci przyjmowali porcję przeznaczoną na cały tydzień.

I w takich chwilach stajemy przed ogromnym dylematem moralnym i nastawiamy się na stygmatyzację społeczną, by szukać profesjonalnej pomocy.

W naszym społeczeństwie istnieje silne przekonanie, że opieka nad starzejącym się rodzicem jest obowiązkiem rodziny, co często prowadzi do wewnętrznego poczucia winy, presji opiekunów i społecznym osądem: „czy naprawdę chcesz oddać rodzica do ośrodka?”.

Jednakże, warto pamiętać, że pacjent z chorobą Alzheimera najlepiej funkcjonuje w znanym sobie otoczeniu. Jeśli jest to możliwe, należy dążyć do tego, aby pacjent jak najdłużej mógł pozostać w swoim domu. W tym celu warto rozważyć różne formy wsparcia: ustalenie harmonogramu opieki z rodzeństwem, zatrudnienie wykwalifikowanego opiekuna medycznego lub zorganizowanie pomocy w formie wizyt pielęgniarki.

Decyzja o umieszczeniu bliskiej osoby w ośrodku opieki nie powinna być postrzegana jako porażka czy brak troski, ale jako wybór, który może być w pewnych sytuacjach najlepszy dla pacjenta, zwłaszcza gdy wymaga on całodobowej, specjalistycznej opieki. Moim zdaniem można wybrać dobry ośrodek: przede wszystkim sprawdzić, czy jest w nim czysto, czy nie jest wyczuwalny nieprzyjemny zapach. Podopieczni powinni mieć możliwość aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym ośrodka – wspólne sale, spacer po ogrodzie czy korytarzach są niezwykle ważne dla ich zdrowia fizycznego i psychicznego. Kontakt z otoczeniem, możliwość ruchu i interakcji z innymi podopiecznymi stanowią kluczowe elementy poprawiające jakość życia osób starszych, zwłaszcza tych z demencją.

Unikajmy jednak miejsc, w których pacjenci są głównie unieruchomieni w łózkach, ponieważ takie warunki mogą prowadzić do szybkiego pogorszenia ich stanu zdrowia. Pacjent, który spędza większość czasu w pozycji leżącej, jest narażony na rozwój powikłań, takich jak odleżyny, infekcje, a także szybki spadek zdolności ruchowych. W konsekwencji może to przyspieszyć przejście do opieki paliatywnej.

Czy na co dzień zajmując się pacjentami z chorobą Alzheimera, chciałby pan przekazać coś koleżankom i kolegom lekarzom?

Przede wszystkim zwracamy uwagę na zdrowie poznawcze – nie przyjmujemy za pewnik, że „w pewnym wieku” można już zapominać. Zaburzenia pamięci nie są wyznacznikiem normalnego, fizjologicznego procesu starzenia się mózgu. Jeśli pacjent zgłasza się po raz kolejny po receptę na lek, który nie dawno wypisaliśmy, jeśli nie pamięta wydarzeń w których razem uczestniczyliście, jeśli podczas wizyty powtarza te same informacje albo pyta się o to samo, myli dni wizyty albo stosuje się do nieaktualnych zaleceń, to mamy podstawy myśleć, że funkcje poznawcze są zaburzone. Powinniśmy wówczas zareagować, porozmawiać z kimś z rodziny na temat zaburzeń pamięci i jeśli to konieczne zaproponować dalszą diagnostykę i skierować pacjenta do psychiatry lub neurologa. Wczesne rozpoczęcie odpowiedniego leczenia poprawia jakość życia chorych i opiekunów, zapobiega wystąpieniu przykrych zaburzeń zachowania i daje czas pacjentowi i najbliższym na przygotowanie się na „trudniejsze czasy”.

Pamiętajmy także, że kluczem do sukcesu w opiece nad chorym z otępieniem są oddziaływania pozafarmakologiczne oraz aktywna współpraca z opiekunem. Farmakoterapia jest pomocna, ale jej skuteczność jest nadal mocno ograniczona.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Agnieszka Danowska-Tomczyk