MINISTERUL SANATATII

INSTITUTUL NATIONAL
DE SANATATE PUBLICA

CNEPSS
CENTRUL NATIONAL DE
EVALUAREA SI PROMOVAREA
STARII DE SANATATE

CENTRUL REGIONAL DE
SANATATE PUBLICA SIBIU

DIRECTIA DE SANATATE
PUBLICA SIBIU

CAMPANIA
pentru celebrarea
Zilei Mondiale de luptă împotriva bolii
ALZHEIMER
21 septembrie 2019

INFORMARE CAMPANIE

DSP NEAMȚ

Boala Alzheimer este o afecțiune ireversibilă și descrie un număr de simptome care afectează memoria, comportamentul şi modul de gândire, toate acestea interferând cu activităţile zilnice. Numele maladiei a fost dat după doctorul Alois Alzheimer. Acesta, în 1906, a observat schimbări la nivelul creierului unei femei decedate din cauza unei boli neurologice. Simptomele includeau pierderi de memorie, dificultăți de vorbire, precum și comportament neadecvat. După moartea acesteia s-au evidențiat niște aglomerări la nivelul creieruluim („placa de amiloid”).

Această maladie este singura formă de demenţă recunoscută ca fiind cauza pentru handicapul progresiv fizic și psihologic. Celelalte forme de demenţă (demenţa vasculară, demenţa toxică, demenţa fronto-temporală) nu sunt recunoscute ca boli degenerative şi nu primesc nici un sprijin financiar din partea statului.

Conform OMS, la nivel global, numărul celor afectaţi de demenţă în anul 2015 era de 46,8 milioane. Evoluţia bolii fiind în creştere, se apreciază că s-ar putea ajunge la 131,5 milioane de suferinzi în anul 2050. Persoanele cu demenţă au acces redus la asistenţă medicală adecvată, chiar şi în ţările cu cele mai mari venituri, unde doar aproximativ 50% dintre bolnavi primesc un diagnostic.

În țările cu venituri medii, mai puţin de 10% dintre cazuri sunt diagnosticate. În România, conform datelor deținute de Societatea Română Alzheimer, în anul 2016 erau estimate aproximativ 300.000 de cazuri de persoane cu Alzheimer și alte forme de demență, dar numai 35.000 erau diagnosticate.

Decese cauzate de demență (inclusiv Alzheimer), sursa: Eurostat 2019

Unitate: Număr

Sex: Ambele

TARA / ANUL	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Uniunea Europeană - 28 țări	198.327	225.288	239.005	248.220	286.895	294.334
Belgia	5.440	6.501	6.681	6.307	7.171	6.943
Bulgaria	171	233	185	149	177	163
Cehia	1.770	1.990	2.286	2.404	2.846	2.965
Danemarca	3.042	3.138	3.284	3.433	3.651	3.965
Germania	26.068	29.996	34.343	34.955	43.485	45.431
Estonia	83	92	86	111	101	101
Irlanda	1.222	1.499	1.742	1.904	2.131	2.275
Grecia	335	496	417	1.067	1.604	1.848
Spania	26.486	29.376	29.074	31.895	36.014	34.934
Franța	32.739	36.992	36.675	35.996	40.238	40.896
Croația	559	691	682	775	918	876
Italia	24.607	26.531	26.159	26.570	31.672	31.310
Cipru	147	173	166	179	266	271
Letonia	149	161	210	218	241	377
Lituania	170	192	233	243	276	305
Luxemburg	150	209	237	209	248	248
Ungaria	2.504	2.784	2.965	2.951	3.474	3.281
Malta	132	82	123	143	145	158
Olanda	9.152	10.417	13.405	12.493	13.865	14.866
Austria	1.867	1.619	2.158	1.923	2.206	2.518
Polonia	2.493	2.254	2.434	2.175	2.243	2.576
Portugalia	1.650	1.745	3.724	4.125	4.828	5.175
România	1.378	1.550	1.639	1.918	1.994	2.130
Slovenia	106	100	112	149	170	173
Slovacia	757	1.332	1.693	1.350	1.119	1.352
Finlanda	6.194	7.047	7.530	8.101	8.568	9.165
Suedia	6.909	7.691	7.762	7.859	8.332	8.864
Marea Britanie	42.956	50.158	53.101	58.625	68.914	71.159
Islanda	165	171	185	203	208	230
Liechtenstein	0	0	0	12	16	4
Norvegia	2.505	2.759	2.722	3.019	3.199	3.403
Suedia	3.178	3.742	5.909	5.765	6.368	5.272
Macedonia				2		
Serbia	896	1.066	1.246	1.316	1.710	1.870
Turcia	6.445	7.921	9.250	10.691	12.498	13.424

Unitate: Numar

Sex: Barbati

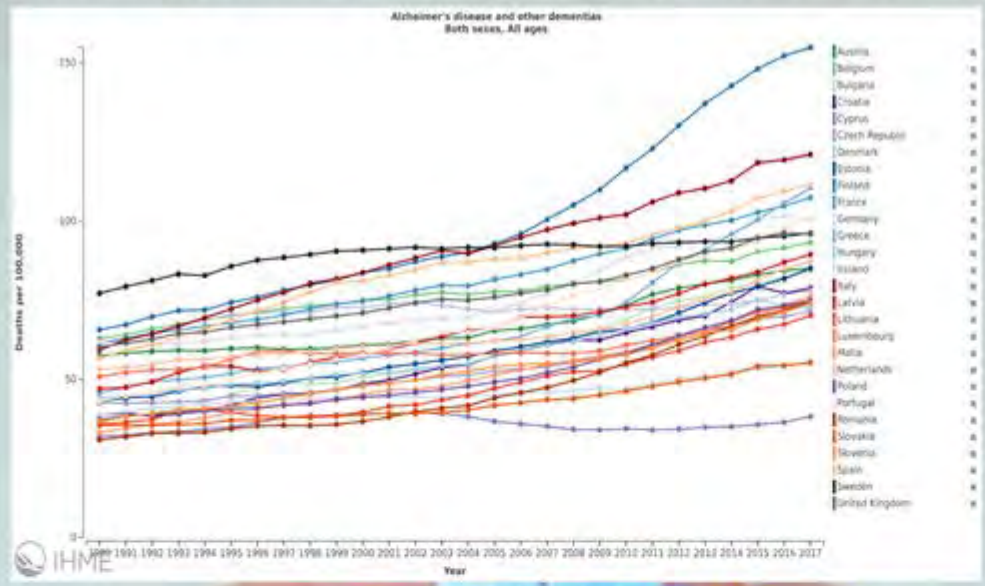
TARA / ANUL	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Uniunea Europeană - 28 țări	62,186	70,126	75,616	79,053	91,705	95,437
Belgia	1,752	2,101	2,201	2,033	2,371	2,249
Bulgaria	57	77	68	44	59	52
Cehia	626	718	776	883	975	1,082
Danemarca	1,006	1,009	1,051	1,103	1,268	1,374
Germania	8,057	9,210	10,897	10,923	13,913	14,784
Estonia	22	26	29	48	24	27
Irlanda	401	520	550	637	709	793
Grecia	129	171	114	376	555	604
Spania	8,305	9,142	9,174	9,933	11,215	11,033
Franța	10,028	11,261	11,121	10,854	12,298	12,381
Croația	163	200	228	224	255	261
Italia	7,842	8,325	8,374	8,495	9,945	9,983
Cipru	53	62	82	53	95	97
Letonia	36	46	57	46	46	99
Lituania	43	56	80	68	91	77
Luxemburg	52	56	59	87	89	91
Ungaria	852	869	932	935	1,100	1,051
Malta	44	30	37	49	41	53
Olanda	2,541	2,873	3,070	3,834	4,310	4,806
Austria	384	494	665	599	673	762
Polonia	682	686	748	661	661	794
Portugalia	605	620	1,365	1,548	1,745	1,900
Romania	530	529	538	662	658	725
Slovenia	30	36	26	42	53	49
Slovacia	239	481	350	473	343	434
Finlanda	1,892	2,151	2,402	2,497	2,717	2,959
Suedia	2,196	2,455	2,531	2,547	2,798	3,064
Marea Britanie	13,623	15,930	17,100	19,412	22,698	23,853
Islanda	58	60	59	84	70	86
Liechtenstein	2	1	3	3	3	2
Norvegia	746	804	826	944	937	1,076
Suedia	1,608	1,747	1,797	1,878	1,966	1,792
Macedonia	:	:	:	1	:	:
Serbia	298	390	419	425	598	617
Turcia	2,670	3,144	3,793	4,258	5,006	5,240

Unitate: Număr

Sex: Femei

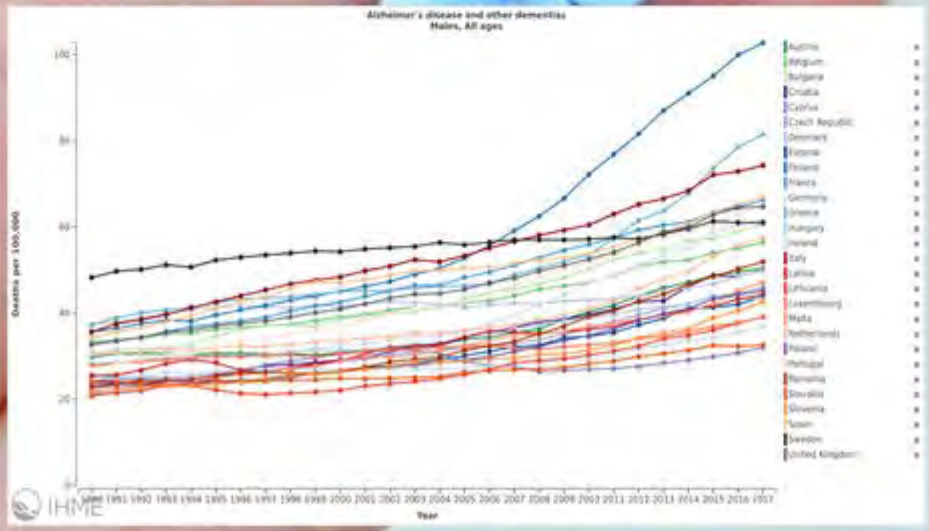
ȚARA / ANUL	Total	2012	2013	2014	2015	2016
Uniunea Europeană - 28 țări	136,141	155,132	163,389	169,167	195,190	198,896
Belgia	3,688	4,400	4,450	4,274	4,800	4,694
Bulgaria	114	156	117	105	118	111
Cehia	1,144	1,272	1,504	1,521	1,871	1,883
Danemarca	2,036	2,129	2,233	2,330	2,383	2,591
Germania	18,011	20,789	23,946	24,032	29,572	30,647
Estonia	61	66	57	71	77	74
Irlanda	821	979	1,192	1,267	1,422	1,482
Grecia	206	325	303	691	1,049	1,244
Spania	18,181	20,234	19,900	21,964	24,799	23,901
Franța	22,719	25,733	25,554	25,142	27,940	28,515
Croația	392	491	454	551	663	615
Italia	16,765	18,206	17,785	18,075	21,727	21,336
Cipru	94	111	84	126	171	174
Letonia	113	121	162	172	195	278
Lituania	127	136	175	177	185	228
Luxemburg	98	149	161	122	159	157
Ungaria	1,652	1,915	1,973	2,016	2,374	2,230
Malta	88	52	88	94	104	105
Olanda	6,611	7,542	9,335	8,658	9,553	10,060
Austria	853	1,118	1,093	1,324	1,533	1,756
Polonia	1,511	1,565	1,634	1,514	1,582	1,782
Portugalia	1,045	1,125	2,359	2,577	3,083	3,275
Romania	848	1,021	1,101	1,256	1,336	1,405
Slovenia	70	73	86	107	117	124
Slovacia	518	1,051	705	877	776	918
Finlanda	4,302	4,896	5,128	5,604	5,851	6,206
Suedia	4,713	5,236	5,231	5,312	5,534	5,800
Marea Britanie	29,329	34,228	36,091	39,213	46,216	47,305
Islanda	107	111	126	119	138	144
Liechtenstein	7	5	6	9	13	2
Norvegia	1,757	1,955	1,896	2,075	2,262	2,327
Suedia	3,570	3,995	4,112	3,887	4,402	3,980
Macedonia	:	:	:	1	:	:
Serbia	598	676	827	891	1,120	1,253
Turcia	3,775	4,777	5,457	6,433	7,492	8,184

Numărul deceselor datorate maladiei Alzheimer și altor tipuri de demență, ambele sexe, în Uniunea Europeană, între anii 1990-2017



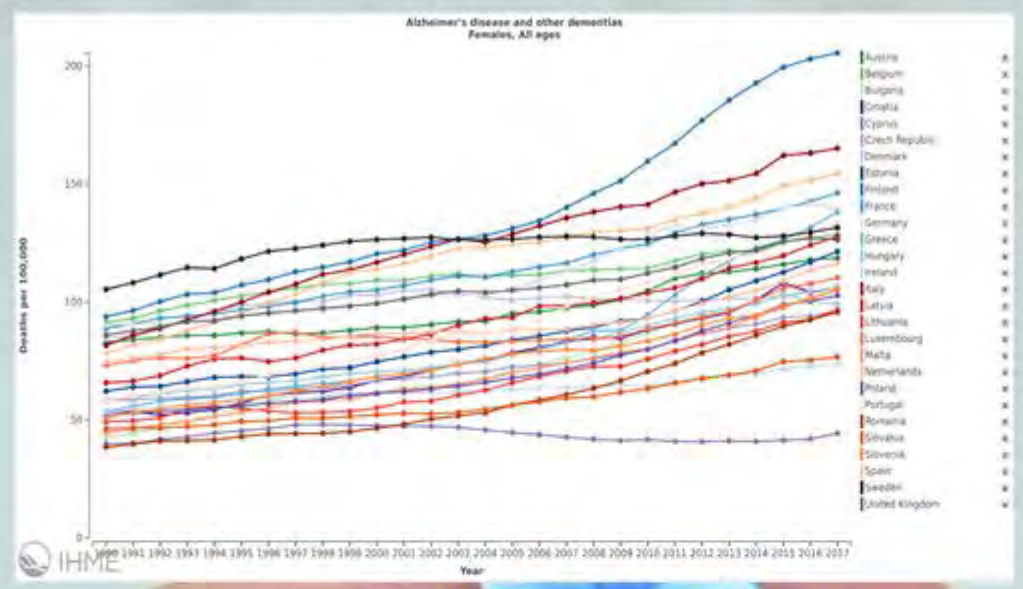
Sursa: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

Numărul deceselor datorate maladiei Alzheimer și altor tipuri de demență, sexul masculin, în Uniunea Europeană, între anii 1990-2017



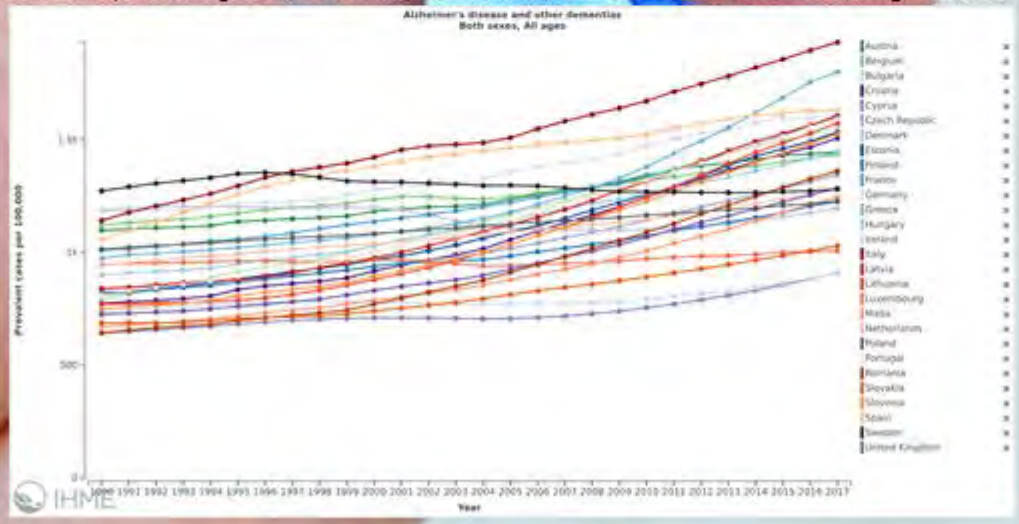
Sursa: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

Numărul deceselor datorate maladiei Alzheimer și altor tipuri de demență, sexul feminin, în Uniunea Europeană, între anii 1990-2017



Sursa: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

Prevalența maladiei Alzheimer și altor tipuri de demență la 100.000 locuitori, în Uniunea Europeană, ambele sexe, între anii 1990-2017



Sursa: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

În România, maladia Alzheimer sunt 300.000 de bolnavi diagnosticați cu boala Alzheimer, cu o rată a diagnosticării ce se situează între 10-15%.

Luând în considerare numai cazurile de demență Alzheimer și, fiind dovedit faptul că alături de o persoană cu demență sunt implicate încă 3-4 persoane, calitatea vieții a cel puțin 1 milion de oameni în țara noastră este profund perturbată. (http://www.healthdata.org)

România, în anul 2012, existau 270.304 de persoane cu demență. Aceasta reprezintă 1,26% din populația totală de 21.387,517.

Numărul persoanelor cu demență ca procent din populație este ceva mai mic decât media UE De 1,55%.

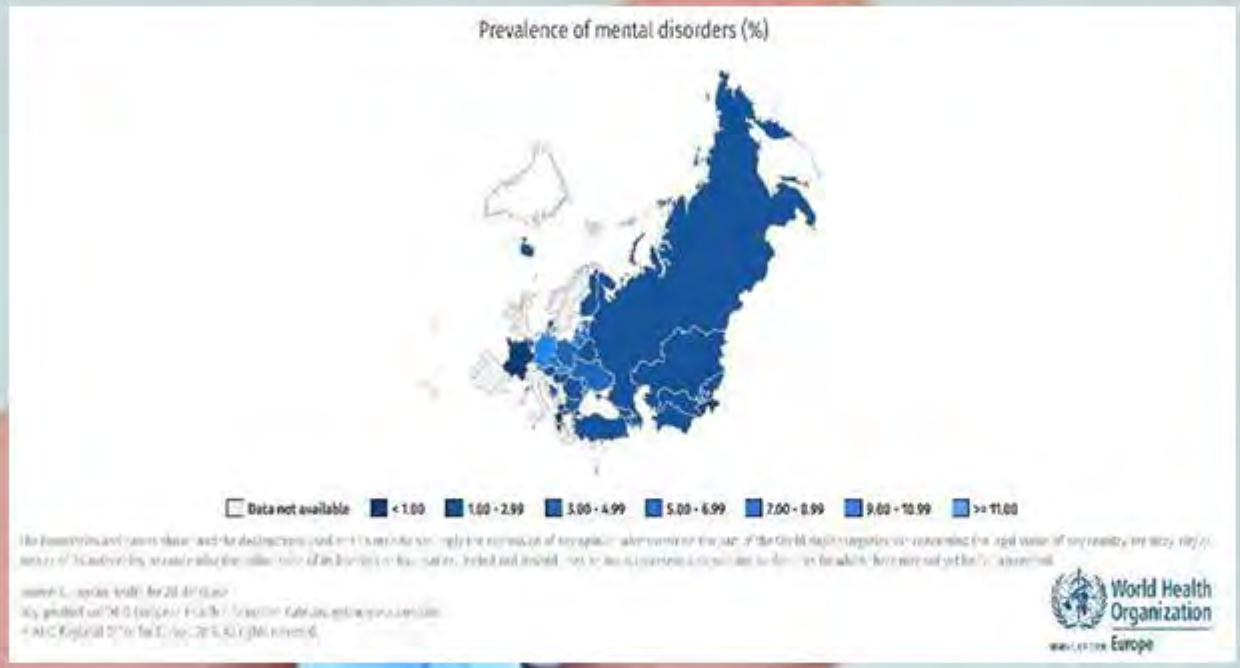
Următorul tabel arată numărul estimat de persoane cu demență între 30 și 59 de ani și pentru următoarele grupe de vârstă, ambele sexe.

Age group	Men with dementia	Women with dementia	Total
30 - 59	7,459	4,252	11,711
60 - 64	1,145	6,095	7,241
65 - 69	7,216	7,184	14,401
70 - 74	11,215	19,206	30,421
75 - 79	19,986	34,356	54,342
80 - 84	23,960	47,881	71,841
85 - 89	14,542	41,079	55,621
90 - 94	4,415	17,304	21,719
95+	546	2,463	3,009
Total	90,484	179,820	270,305

Sursa:https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Romania

Cifrele oficiale pentru anul 2015 ne confirmă un număr de cca. 600.000 de români diagnosticați cu demență (Alzheimer, senilă, vasculară, toxică etc.). https://www.medichub.ro/reviste/ziarul-viata-medicala-mid-296-cmsid-102

Prevalența tulburărilor mintale în România, Europa și Uniunea Europeană, pe anul 2016

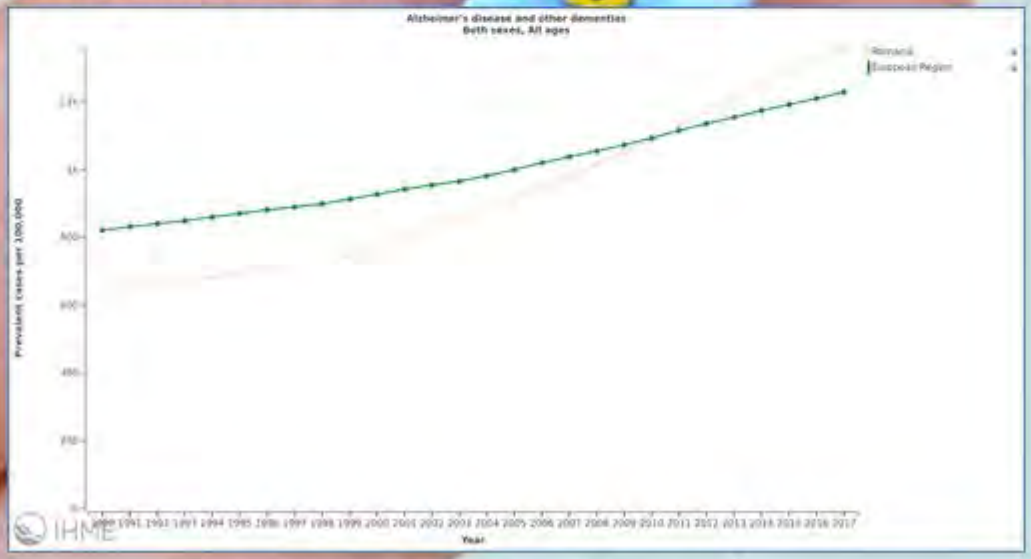


Sursa: WHO/Europe, European HFA Database, ianuarie 2018

Deși cazurile de bolnavi cu tulburări mintale și de comportament în evidență și ratele de prevalență au crescut mult și continuu în România (2,2), comparativ cu Europa (4,1) și UE (3,7) avem o rată a prevalenței sub valorile înregistrate în cele două zone. Ungaria (1,8), Bulgaria (1,8) au valori sub media pentru România, iar Slovacia, Cehia, Estonia au valori peste media pe România, UE și Europa. România se află pe penultimul loc între țările europene privind fondurile alocate pentru îngrijirea bolilor creierului, fenomen explicabil în cea mai mare parte prin absența serviciilor de îndrijire.

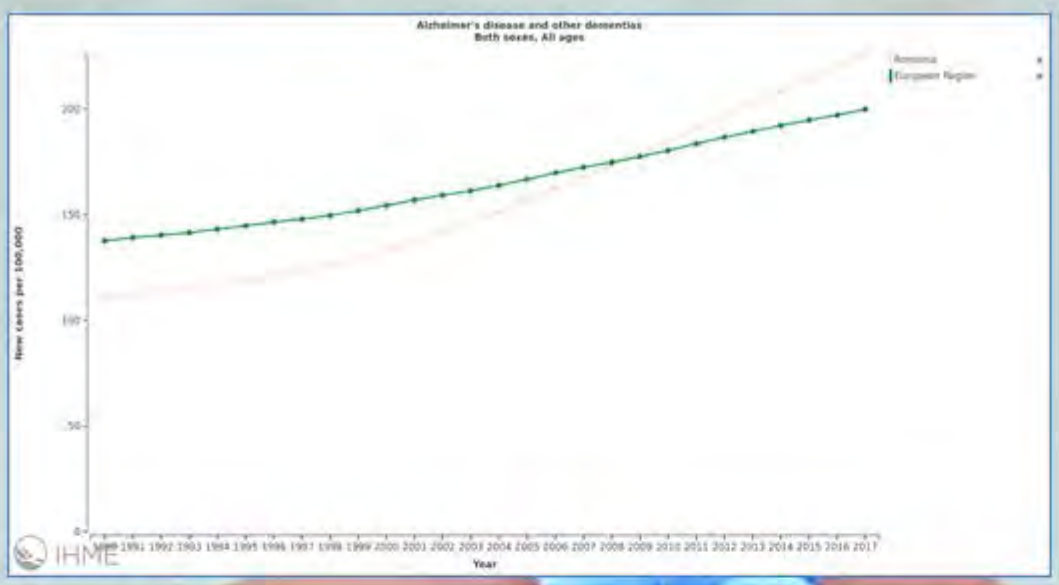
https://www.alz.ro/noutati/societatearomanaalzheimer/dementa-problema-majora/

Prevalența cazurilor maladiei Alzheimer și altor tipuri de demență, România comparativ cu Uniunea Europeană, ambele sexe, între anii 1990-2017



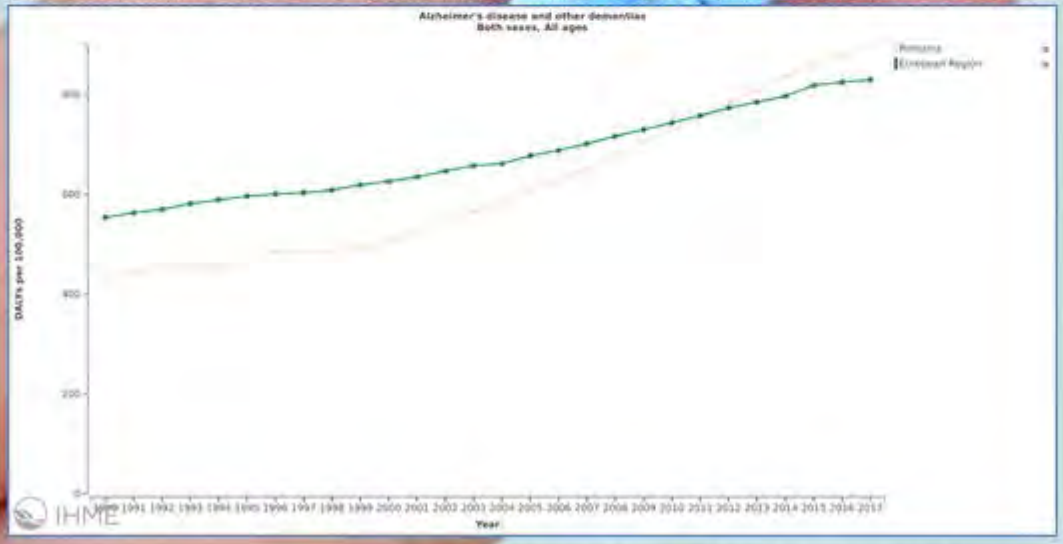
Sursa: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

Incidența cazurilor maladiei Alzheimer și altor tipuri de demență, România comparativ cu Uniunea Europeană, ambele sexe, între anii 1990-2017



Sursa: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

DALY privind maladia Alzheimer și alte tipuri de demență, România comparativ cu Uniunea Europeană, ambele sexe, între anii 1990-2017



Sursa: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

În anul 2017, existau 1,360 cazuri de demență Alzheimer la 100.000 locuitori (1,179.61 – 1,560.26), ambele sexe, toate vârstele.

https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

În ceea ce privește numărul deceselor cauzate de demența Alzheimer și alte tipuri de demență în anul 2017, în România, s-a înregistrat un procent de 5,54% din totalul deceselor (5,35%-5,71%).

Prevalența cazurilor de demența de tip Alzheimer și alte tipuri de demență în România, între anii 2010- 2017

Anul	Feminin	Masculin	Ambele genuri
2007	129,539.09	78,083.24	207,622.34
2008	133,388.74	80,014.34	213,403.08
2009	137,076.85	81,762.36	218,839.21
2010	141,273.19	83,728.52	225,001.72
2011	145,540.10	85,643.61	231,183.71
2012	149,945.30	87,702.77	237,648.07
2013	154,077.98	89,641.54	243,719.51
2014	157,981.81	91,428.61	249,410.42
2015	161,826.92	93,169.15	254,996.07
2016	165,149.10	94,528.88	259,677.98
2017	168,575.20	95,908.86	264,484.06

Sursa:http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

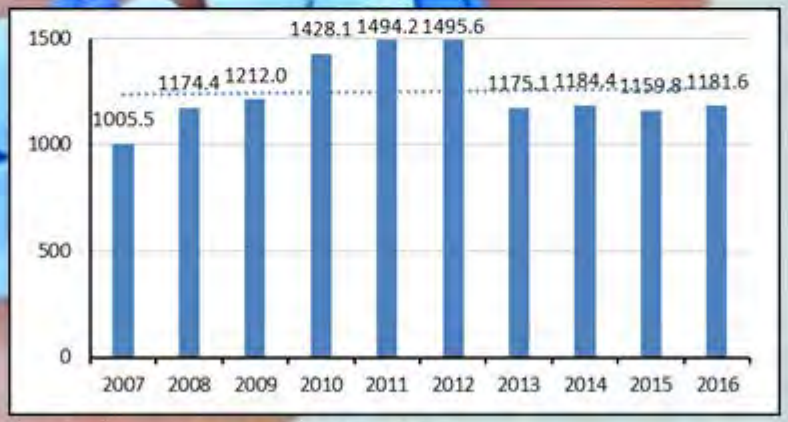
Prevalența cazurilor de demența de tip Alzheimer și alte tipuri de demență în România comparativ cu Uniunea Europeană

Anul	România	Uniunea Europeană
2007	207,622.34	6,342,188.37
2008	213,403.08	6,459,990.27
2009	218,839.21	6,590,842.32
2010	225,001.72	6,740,710.87
2011	231,183.71	6,902,436.25
2012	237,648.07	7,046,007.42
2013	243,719.51	7,184,010.60
2014	249,410.42	7,332,906.90
2015	254,996.07	7,474,989.50
2016	259,677.98	7,612,205.97
2017	264,484.06	7,740,480.91

Sursa: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

Datele înregistrate privind incidența şi prevalența cazurilor de boli psihice sunt mult subevaluate în rapoartele periodice din România. Analizând în dinamică incidența cazurilor de tulburări mintale şi de comportament, înregistrată în cabinetele medicilor de familie în perioada 2007–2016, se constată o creştere de la 1005,5‰ locuitori în 2007 la 1181,6‰ locuitori în 2016, cu un vârf în 2011 de 1494,2‰ locuitori, iar în 2012 de 1495,6 la 100000 locuitori. Începând cu anul 2013, valorile ratei oscilează puțin de la un an la altul.

Incidența bolnavilor cu tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) în România, în perioada 2007-2016



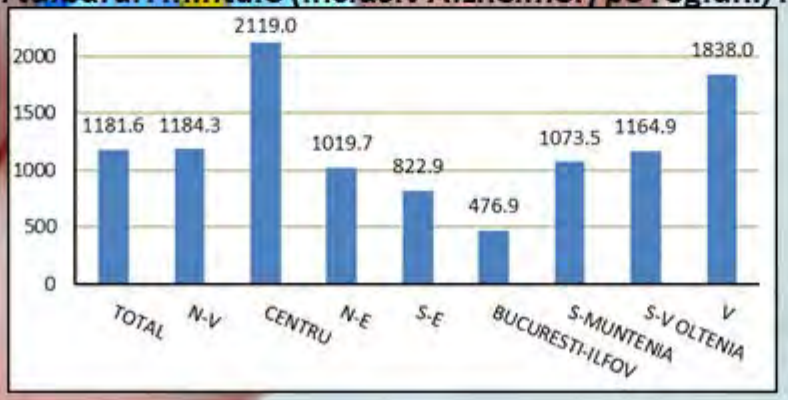
Sursa: Raportul național al stării de sănătate a populației - 2017

Incidența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) în România, în anul 2016

Sursa: Raportul național al stării de sănătate a populației – 2017

Conform raportărilor cabinetelor medicilor de familie, distribuția în profil teritorial a cazurilor noi de tulburări mintale şi de comportament, în anul 2016, nu este uniformă. Județul cu cea mai mică rată a incidenței a fost Olt (44.4%ooo locuitori), rate mici s-au înregistrat și în județele Vaslui (192,6%ooo locuitori), Ialomița (193,2%ooo locuitori), Bacău (219,0%ooo locuitori) și Constanța (255,6%ooo locuitori). Rata cea mai mare a incidenței a fost înregistrată în județul Covasna (4830,3%ooo locuitori), rate mari fiind înregistrate și în județele Hunedoara (3642,9 %ooo locuitori), Alba (3567,1%ooo locuitori), Maramureș (2733,5%ooo locuitori), și Mureș (2724,6%ooo locuitori). În 23 de județe rata incidenței a fost peste media pe România (1181,6%ooo locuitori), iar în 19 județe a avut valori sub medie.

Incidența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) pe regiuni, în România, în anul 2016



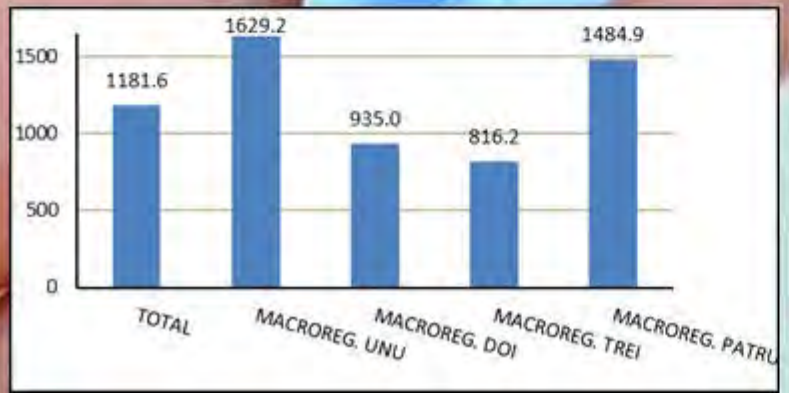
Incidența prin tulburări mintale și de comportament în anul 2016 - pe macroregiuni

Cele mai multe cazuri noi de tulburări mintale și de comportament în anul 2016 pe întreaga țară sunt în macroregiunea unu (Regiunea Nord-Vest și Regiunea Centru).

Cele mai puține cazuri noi de tulburări mintale și de comportament în anul 2016 pe toată țara (Fig. 1) sunt în macroregiunea trei (Regiunea București-Ilfov și Regiunea Sud-Muntenia). Valori mici se înregistrează și în macroregiunea doi (Regiunea Nord-Est și Regiunea Sud-Est).

Incidența prin tulburări mintale și de comportament, în anul 2016, pe medii, este mult mai mare în mediul urban (1229,0‰ locuitori) comparativ cu mediul rural (1126,5‰ locuitori) și față de media pe întreaga țară (1181,6‰ locuitori), conform Fig. 2.

Fig.1



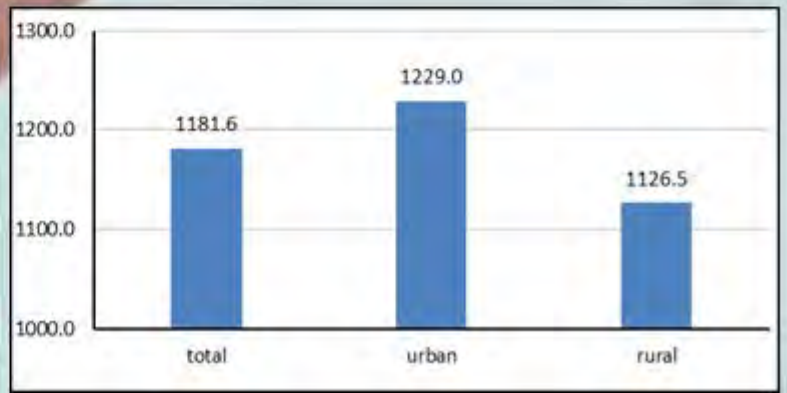
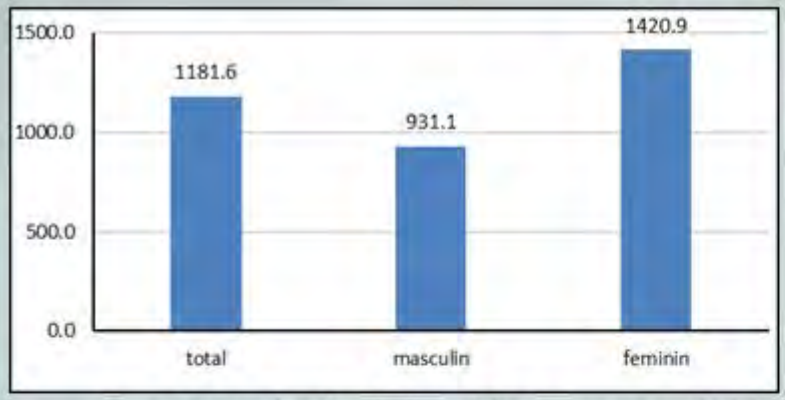


Fig .2

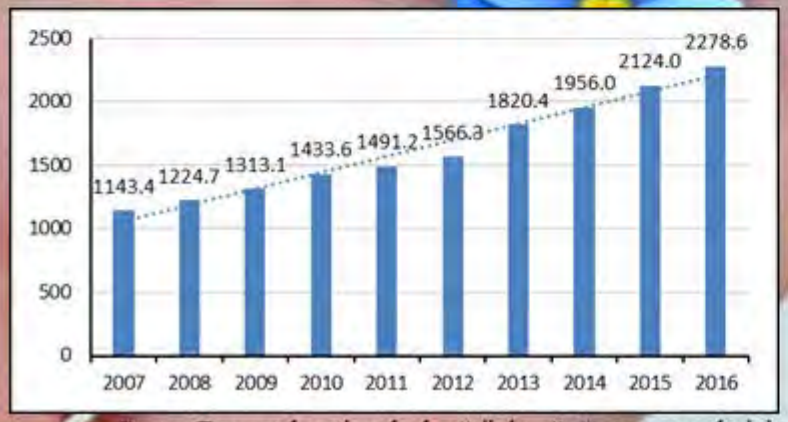


Incidența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer), total țară și gen, în anul 2016

Sursa: Raportul național al stării de sănătate a populației – 2017

Incidența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer), în anul 2016, pe genuri, este mult mai mare pentru genul feminin (1420,9%ooo locuitori) comparativ cu genul masculin (931,1%ooo locuitori) și față de media pe total țară (1181,6%ooo locuitori).

Prevalenţa prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) în perioada 2007-2016 a crescut de la 1143,4%ooo locuitori în 2007 la 2278,6%ooo locuitori în 2016, urmând același trend ascendent ca și incidența. Față de 2007, în 2016 rata de prevalență este aproape dublă.



Prevalenţa bolnavilor cu tulburări mintale (inclusiv Alzheimer), în România, în perioada 2007-2016

Sursa: Raportul național al stării de sănătate a populației – 2017

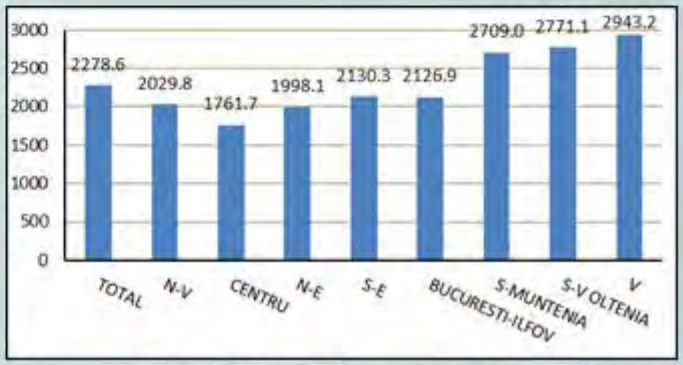
Cele mai mari scăderi ale ratei prevalenței prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) au fost în Cluj - cu 297,7, de la 2354,1%ooo locuitori la 2056,5%ooo locuitori, Brăila - cu 55,6, de la 2042,6%ooo locuitori la 1986,9%ooo locuitori, Mureș - cu 2,7, de la 1536,6%ooo locuitori la 1533,9%ooo locuitori. Creșteri ale ratei prevalenței în 2016 față de 2015 au fost în 39 de județe, și în 3 județe rata a scăzut.

Prevalența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer), în anul 2016 - pe regiuni arată că cele mai multe cazuri în evidență de tulburări mintale și de comportament raportate de cabinetele de medicină de familie în anul 2016 pe total țară, sunt în Regiunea Vest, 2943,2%ooo locuitori. Urmează Regiunea Sud-Vest Oltenia, cu valoarea de 2709,0%ooo locuitori. Cele mai puține cazuri în evidență de tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) sunt în Regiunea Centru, 1761,7%ooo locuitori, Regiunea Nord- Est,1998,1%ooo locuitori.

Prevalența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) pe regiuni, în România, în anul 2016

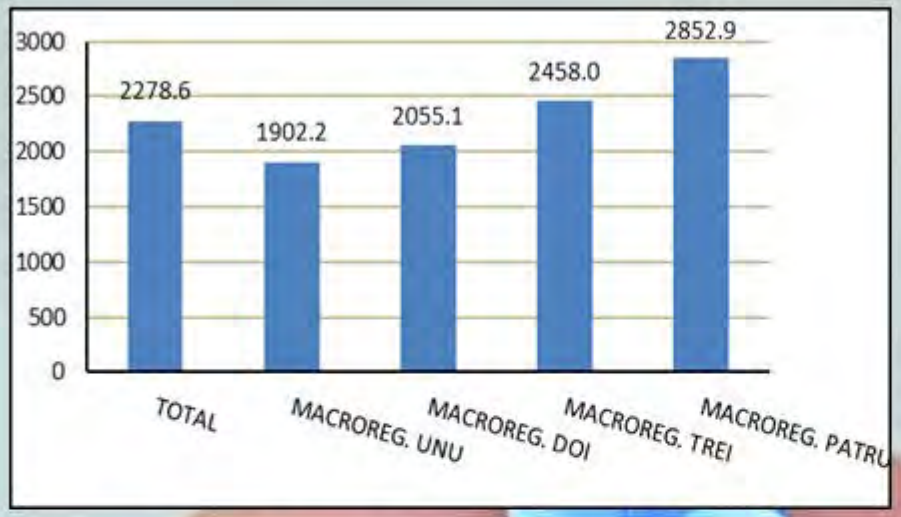
Sursa: Raportul național al stării de sănătate a populației – 2017

Prevalența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) pe macroregiuni, în România, în anul 2016



Sursa: Raportul național al stării de sănătate a populației – 2017

Prevalența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) pe macroregiuni, în România, în anul 2016



Sursa: Raportul național al stării de sănătate a populației – 2017

Prevalența prin tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) în anul 2016 - pe macroregiuni. Cele mai multe cazuri în evidență de tulburări mintale și de comportament în anul 2016 pe total țară, sunt în macroregiunea patru (Regiunea Sud-Vest Oltenia și Regiunea Vest). Cele mai puține cazuri în evidență de bolnavi cu tulburări mintale (inclusiv Alzheimer) în anul 2016 pe total țară sunt în macroregiunea unu (Regiunea Nord-Vest și Regiunea Centru). Valori mici se înregistrează și în macroregiunea doi (Regiunea Nord-Est și Regiunea Sud-Est).

MECANISMUL FIZIOPATOLOGIC

Cercetătorii au descoperit câteva modificări ce au loc la nivelul creierului persoanelor cu Alzheimer. Acestea includ:

- niveluri scăzute de acetilcolină în anumite zone cerebrale;
- plăci senile, ce sunt formate din aglomerări de celule nervoase anormale ce înconjoară depozite de amiloid (proteine anormale)
- noduri neurofibrilare (grămezi de material ce întrerup structura normala a celulei nervoase)

Plăcile senile și aceste noduri neurofibrilare se observă, de obicei, la autopsie.

Aceste modificări de la nivelul creierului pot provoca pierderile de memorie și celelalte simptome ale bolii Alzheimer. Nu se cunoaște cauza pentru care aceste modificări apar la unele persoane, iar la altele nu apar.

Boala Alzheimer progresează în timp, dar rapiditatea cu care progresează depinde de la o persoană la alta. Unele persoane pot avea manifestări minime până în fazele tardive ale bolii. Alte persoane pierd capacitatea de a efectua activitățile zilnice precoce în timpul bolii.

La început, boala se manifestă prin pierderi minore ale memoriei și progresează până la probleme mentale și funcționale severe, inclusiv moartea.
Simptomele sunt împărțite, de obicei, ca fiind cele care apar în faza inițială, de mijloc sau tardivă. Este dificil de precizat cât durează fiecare fază. O persoană trăiește în medie 8-10 ani după apariția simptomelor.

FAZA INIȚIALĂ A BOLII

De obicei, în faza inițială persoana cu Alzheimer:

- devine confuză asupra orientării și se pierde cu ușurință;
- pierde abilitatea de a iniția anumite activități;
- evită situațiile noi și nefamiliare;
- are reacții întârziate și capacitate de memorare încetinită;
- vorbește mai rar decât în trecut;
- are dificultăți în manevrarea banilor și plătirea facturilor;
- are tulburări de judecată și ia decizii greșite;
- poate avea tulburări de dispoziție și devine deprimat, iritabil sau neliniștit.

Aceste simptome sunt mai evidente de cele mai multe ori atunci când persoana respectivă se află într-un loc sau o situație nouă, nefamiliară.

FAZA INTERMEDIARĂ A BOLII

În faza intermediară a bolii Alzheimer, bolnavul manifestă:

- probleme în recunoașterea familiei și prietenilor;
- neliniște, în special după-amiaza și seara;
- probleme de citire, scriere și interpretare a numerelor;
- probleme de gândire și de logică;
- imposibilitatea de a găsi anumite cuvinte sau inventează povești, pentru a substitui ceea ce a uitat;
- greutăți în a se îmbrăca singur;
- tulburări de dispoziție, se supără cu ușurință și devine ostil și nedispus la cooperare;
- credințe false (idei delirante), suspiciozitate și agitație;
- necesită îngrijire permanentă;
- pierde orientarea temporală.

FAZA TARDIVĂ A BOLII

În faza tardivă, avansată a bolii Alzheimer, pacienții:

- nu-și mai amintesc cum să se spele, să se îmbrace, să meargă la baie sau să mănânce fără ajutor; aceștia vor fi nevoiți să stea în pat sau în scaunul cu rotile, din cauză că uită să meargă;
- pierd abilitatea de a mesteca sau înghiți;
- au probleme cu menținerea echilibrului sau cu mersul, iar din această cauză cad frecvent;
- devin extrem de confuzi seara si au insomnii;
- nu pot comunica prin cuvinte;
- pierd controlul vezicii urinare sau controlul intestinal (incontinența);
- devin predispuși la alte afecțiuni; în anumite cazuri pot apărea crize.

Moartea apare ca o complicație a pneumoniei din cauza imobilizării la pat.

FACTORII DE RISC

• Vârsta înaintată este cel mai important factor de risc;
• Istoricul familial de Alzheimer, în special dacă boala a apărut la una dintre rudele de gradul I (mamă, tată, frați) sau la mai mulți membri din familie;
• Prezența genei pentru apolipoproteina E-4, în special la persoanele din rasa albă sau asiatici;
• Bolile cardiovasculare: accidentul vascular cerebral, boala cardiacă, diabetul, colesterolul crescut și hipertensiunea arterială;
• Sindromul Down, o boală genetică ce determină retard mintal;
• Diabetul, o boală ce se însoțește de glicemie crescută;
• Terapia hormonală de substituție;

Au mai fost formulate câteva teorii cu privire la creșterea riscului de a dezvolta boala Alzheimer, acestea includ următorii factori:

• Fumatul; unii cercetători au sugerat că fumatul ar crește riscul de a dezvolta demența și boala Alzheimer, dar aceste presupuneri nu au fost confirmate;
• Traumatisme ale regiunii cefalice;
• Niveluri crescute în sânge de homocisteină;

SEMNE ȘI SIMPTOME

Pierderea memoriei este, de cele mai multe ori, prima manifestare a bolii Alzheimer. Multe persoane în vârstă se îngrijorează atunci când apar pierderile de memorie. Anumite episoade de pierdere a memoriei pe termen scurt la persoanele în vârstă de 60-70 de ani este un lucru obișnuit, dar numai unele dintre acestea vor dezvolta boala Alzheimer. În cazul în care apar pierderi de memorie, este indicat consultul unui medic specialist.

Exemple de pierdere normală de memorie includ uitarea:

- unor părți din anumite experiențe;
- locului unde este parcată mașina;
- evenimentelor din trecutul îndepărtat;
- numelui unei persoane, dar care revine în minte mai târziu;
- locului unde s-au pus anumite obiecte, de exemplu cheile de la mașină.

Exemple ale pierderii memoriei cauzată de boala Alzheimer includ uitarea:

- unei experiențe în totalitate;
- interpretării ceasului sau condusul mașinii;
- evenimentelor recente, de genul uitarea faptului că ai lăsat aragazul deschis;
- unei persoane în totalitate.

Boala Alzheimer se însoțește de modificări de comportament, gândire sau tulburări de personalitate. În fazele incipiente ale bolii, persoana se poate comporta normal în societate.

Membrii familiei și prietenii apropiați observă primii manifestările bolii. Semnele de demență, precum dificultățile de gândire sau amintire a anumitor lucruri sau probleme în activitățile cotidiene, trebuie să îndemne persoana spre consultul unui specialist. Simptomele variază pe măsură ce boala progresează.

Asociația pentru bolnavii cu Alzheimer a identificat 10 semne de avertizare pentru apariția maladiei:

1. pierderi de memorie, ca uitarea informațiilor memorate recent, nume sau numere de telefon;
2. dificultăți în îndeplinirea îndatoririlor, cum ar fi prepararea unei mese;
3. tulburări de limbaj, uitarea unor cuvinte sau substituirea cuvintelor neobișnuite;
4. dezorientare temporo-spațială, uitarea adresei;
5. tulburări de judecată, ca îmbrăcarea cu haine nepotrivite pentru vremea de afară;
6. probleme cu gândirea abstractă, ca imposibilitatea de interpretare a numerelor;
7. punerea anumitor obiecte în locuri neobișnuite, ca de exemplu: fierul de călcat în frigider sau ceasul în bolul de zahăr;
8. tulburări ale dispoziției, ca modificări rapide ale stării de spirit, de la calm, la plâns, apoi la furie;
9. modificări ale personalității, de la confuzie, suspiciune sau teamă, până la dependența de un membru al familiei;
10. lipsa inițiativei manifestată prin somnolență continuă, vizionarea unor programe la televizor pe toată durata zilei și refuzul efectuării activităților zilnice obișnuite.

CONSULT DE SPECIALITATE

Boala Alzheimer are tendința de a evolua lent. În cazul în care simptome precum confuzia sau alte modificări ale abilităților mintale se instalează brusc, în interval de zile sau ore, problema poate fi delirium tremens, o boală ce necesită tratament de urgență.

Este indicat consultul de urgență atunci când:

- simptomele de genul: scurtarea atenției, tulburările de memorie sau halucinațiile se instalează destul de rapid, în interval de ore sau zile;
- la un bolnav cu Alzheimer apare o schimbare bruscă de comportament sau simptomele se înrăutățesc brusc;

Se mai indică programarea pentru consult în următoatele situații:

- simptomele de genul: scurtarea perioadei de atenție, tulburările de memorie sau ideile delirante se instalează treptat, în decurs de câteva săptămâni sau luni;
- pierderea memoriei sau alte simptome încep să interfereze cu munca sau viața socială a persoanei respective ori atunci când simptomele pot determina vătămări ale persoanei respective.

Medici specialiști recomandați pentru consult:

- Medicul psihiatru;
- Medicul neurolog;
- Medicul de medicina de familie;
- Medicul internist;
- Medicul de geriatrie.

DEPISTARE PRECOCE

În acest moment nu există screening pentru Alzheimer. Este foarte dificil de diagnosticat aceasta boală în stadiile inițiale. Totuși, simptomele de declin mintal nu trebuie ignorate și puse pe seama îmbătrânirii.

Testele genetice pentru detectarea genei pentru apolipoproteina E-4 pot deveni utile pe măsură ce se vor cunoaște mai multe lucruri despre cauzele genetice ale afecțiunii.

Aceste teste nu sunt folosite pe scară largă în acest moment.

TESTE DE LABORATOR SPECIFICE PENTRU DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

La un număr mic de pacienți, demența are alte cauze decât boala Alzheimer. Testele de laborator pot fi efectuate pentru a exclude alte cauze posibile pentru simptomele pacientului. Simptome asemănătoare cu cele din boala Alzheimer pot apărea în bolile însoțite de dezechilibru mineral, boli hepatice, nivele anormale ale hormonilor tiroidieni, probleme de nutriție precum deficitele de folați și vitamina B12. Tratarea acestor boli poate produce o încetinire sau o reversibilitate a declinului mintal.

Analizele de sânge utile pentru a diagnostica aceste afecțiuni sunt:

- hemoleucograma;
- testele funcționale hepatice;
- dozarea acidului folic;
- concentrația vitaminei B12 în sânge;
- dozarea electroliților și nivelul glicemiei;
- testele funcționale tiroidiene;
- screeningul pentru sifilis;
- testul de detectare a virusului imunodeficienței umane (HIV).

Investigațiile imagistice precum tomografia computerizată sau rezonanța magnetică nucleară sunt efectuate pentru a exclude alte cauze atunci când diagnosticul este nesigur. Se poate efectua și o electroencefalogramă (EEG).

TRATAMENTE – TRATAMENT INIȚIAL

Deși nu există un tratament care să vindece boala Alzheimer, există multe mijloace de a menține calitatea vieții bolnavului și starea de activitate a persoanei.

În prima fază, imediat după diagnosticarea bolii Alzheimer, experții recomandă administrarea de inhibitori de colinesterază. Aceste substanțe, printre care hidroclorhidrat de donezepil, galantamină și rivastigmină, pot îmbunătăți temporar memoria și gândirea afectate de boală. Efectele acestor medicamente nu sunt spectaculoase și pot să nu îmbunătățească simptomele la unii pacienți.

Deși inhibitorii de colinesterază scad intensitatea simptomelor, ei nu încetinesc progresia bolii.

Un alt medicament, numit memantin, poate fi folosit singur sau în asociere cu inhibitorii de colinesterază pentru tratarea simptomelor moderate sau severe de confuzie sau pierdere a memoriei provocate de boala Alzheimer. Memantina acționează altfel decât inhibitorii de colinesterază, dar nici acest produs nu încetinește progresia bolii.

Alt aspect important al terapiei inițiale îl reprezintă detectarea și tratarea altor probleme medicale asociate bolii Alzheimer. De exemplu, depresia apare la aproximativ 50% din pacienții cu Alzheimer, în special în primele faze ale bolii, atunci când aceștia sunt conștienți de diagnostic și de prognosticul prost. Depistarea și tratarea acestor condiții asociate cu depresia poate minimiza infirmitatea și maximiza abilitățile păstrate de pacient.

În faza tratamentului inițial trebuie clarificate anumite aspecte alături de familie:

- îngrijirea de care are nevoie pacientul;
- persoana sau persoanele care-l vor avea în grijă pe pacient, pe măsură ce boala va avansa;
- aspectele ulterioare ale bolii;
- planning-ul pentru terapia și îngrijirea bonavului.

Educarea familiei sau a persoanelor care au în grijă un bolnav cu Alzheimer este esențială pentru oferirea unei îngrijiri optime. Îngrijitorii trebuie educați cu privire la problemele ce pot apărea și la evoluția bolii.

TRATAMENT DE ÎNTREȚINERE

Terapia cu inhibitorii de colinesterază se continuă până când nu mai este eficientă.

Pe măsură ce boala progresează, se revizuiește tratamentul și se analizează tulburările de comportament sau alte probleme apărute. Ghidurile medicale indică un consult la
minimum 6 luni în cazul în care apar probleme.

TRATAMENT ÎN STADIILE AVANSATE

Pe măsura ce boala avansează, asigurarea îngrijirii devine din ce în ce mai dificilă. Asigurarea îngrijirii unei persoane cu Alzheimer este un lucru dificil, indiferent de pregătire sau de devotament față de persoana bolnavă.

Internarea bolnavului într-o instituție poate fi o decizie foarte dificil de luat, dar în unele cazuri instituțiile specializate în tratarea acestor bolnavi pot fi cea mai bună soluție.

TRATAMENT ÎN STADIILE TERMINALE

Deoarece boala Alzheimer evoluează și simptomele se înrăutățesc în timp, unele persoane aleg să discute anumite probleme legate de îngrijirea pe care o vor, precum și de problemele legale care, inevitabil, vor apărea mai devreme sau mai târziu.

Aceste persoane aleg să-și scrie sau să spună dorințele cât încă sunt în deplinătatea facultăților mintale. Unii bolnavi doresc să încerce toate terapiile ce prelungesc viața, pe când alții preferă măsurile care mențin confortul, dar fără a prelungi neapărat viața.

TRATAMENT AMBULATOR (la domiciliu)

Majoritatea persoanelor, în momentul diagnosticării bolii, trec prin stări de furie, spaimă, depresie și îngrijorare în legătură cu viitorul.

Deși boala evoluează în timp, anumite persoane sunt capabile să-și continue activitățile obișnuite timp de mai mulți ani, chiar dacă la un nivel redus.

Problemele frecvente cu care se confruntă persoanele cu Alzheimer și familiile acestora sunt:

- dacă să mai conducă mașina sau nu (persoanele aflate în fazele precoce de boală trebuie investigate periodic pentru a se stabili dacă pot sau nu să mai conducă în siguranță. Membrii familiei pot detecta cel mai ușor modificările în comportamentul lor la volan;
- măsurile legale și financiare ce trebuiesc luate - în perioada următoare diagnosticării bolii este indicată scrierea unui testament și desemnarea unui avocat.

SFATURI UTILE PENTRU FAZELE INIȚIALE ALE BOLII ALZHEIMER

• Realizarea sarcinilor în concordanță cu abilitățile - efectuarea anumitor activități poate dura mai mult timp decât în trecut, dar dacă persoana este hotărâtă să facă acea activitate, este indicat să o continue.
• Modificarea căminului, în așa fel încât acesta să fie un loc sigur.
• Asigurarea unei alimentații sănătoase - este foarte important ca dieta zilnică a persoanei diagnosticate cu Alzheimer să conțină fructe, legume și cereale.
• Programarea activităților în momentele din zi în care capacitățile intelectuale sunt maxime.
• Rezolvarea problemelor de memorie în mod creativ.
• Înainte de deplasarea într-un anumit loc este indicat să i se noteze pe un bilețel adresa respectivei locații.

INFORMAȚII PENTRU PERSOANELE CARE ÎNGRIJESC BOLNAVII CU ALZHEIMER

Majoritatea pacienților cu Alzheimer sunt îngrijiți la domiciliu de membrii familiei sau de prieteni. Unul dintre aspectele esențiale ale acestei îngrijiri este reprezentat de educarea îngrijitorului.

În cazul îngrijirii unui bolnav cu Alzheimer, obiectivele principale sunt:

- menținerea sănătății și a siguranței pacientului;
- realizarea unui mediu înconjurător sigur, prin ordonarea camerelor, utilizarea de încuietori la uși și la dulapuri;
- menținerea unei nutriții corespunzătoare, prin transformarea servirii mesei într-o experiență pozitivă;
- descurajarea somnului pe timpul zilei și administrarea unui pahar de lapte cald înainte de culcare, pentru evitarea tulburărilor de somn pe durata nopții;
- încurajarea mersului la toaletă de mai multe ori în timpul zilei și restricția lichidelor înainte de culcare;
- maximizarea abilităților restante (persoana bolnavă trebuie lăsată să ia decizii atâta timp cât încă mai poate face acest lucru);
- îndepărtarea elementelor distractive, precum și menținerea unui ton scăzut în discuțiile cu bolnavul;
- realizarea unei bune comunicări.

PLASAREA ÎN CĂMIN

Îngrijirea la domiciliu a persoanelor cu Alzheimer nu este întotdeauna posibilă. Chiar și în cazul în care această îngrijire se poate realiza în fazele inițiale ale bolii, ea devine tot dificil de pus în practică, pe măsură ce se dezvoltă noi tulburări de comportament sau apar alte probleme de sănătate ce nu pot fi rezolvate acasă.

De asemenea, persoana ce se ocupă de îngrijire poate dezvolta ea însăși probleme de sănătate, astfel încât supravegherea bolnavului poate deveni extrem de complicată.

Există însă instituții ce pot fi luate în calcul la un anumit moment, deoarece bolnavii cu Alzheimer vor avea nevoie de îngrijire permanentă 24 de ore în fazele avansate. Luarea unei decizii cu privire la internarea într-un cămin sau instituție de îngrijire poate fi foarte grea, dar foarte utilă într-un astfel de stadiu al bolii.

POLITICI ȘI PROGRAME LA NIVEL EUROPEAN

La nivel european

1. European Parliament Resolution on a European Initiative on Alzheimer's disease and other dementias
2. European Parliament Report on a European initiative on Alzheimer's disease and other dementias
3. Belgium EU Presidency conference on dementia: "Improving the quality of life of people with dementia: A challenge for European society".
4. European Parliament Resolution on the Joint Programming of research to combat Neurodegenerative Diseases, particularly Alzheimer's disease.
5. European Commission adopts Proposal for a Council Recommendation on measures to combat neurodegenerative diseases, in particular Alzheimer's, through joint programming of research activities And Communication on a European initiative on Alzheimer's disease and other dementias.
6. Alzheimer Europe Paris Declaration.
7. Horizon 2020, the European Commission Research and Innovation Programme.
8. EU Action od Dementia – plan de acțiune inițiat la nivelul a 24 de State Membre ale UE, lansat în anul 2009.http://www.neurodegenerationresearch.eu.
9. WHO. Global action planon the public healthresponse to dementia2017 – 2025.
10. WHO. Development of the Global Dementia Observatory.

La nivel național

1. Programul Național de Sănătate Mintală http://www.cnas.ro/page/programul-national-de-sanatate-mintala.html.
2. Monitorul Oficial, Partea I nr. 652 din 13 septembrie 2012. Legea 487/2002 republicată în 2012, legea sănătăţii mintale şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice. [Online].; 2012 [cited 2017March 21. Available from: http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_sanatatii_mintale.php.
3. Ordinul 692 din 23 mai 2013 privind modificarea cap. 1 din anexa la Ordinul Ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al Ministrului Sănătății publice nr. 792/1992/2017 pentru aprobarea criteriilor medico-psiho-sociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap.
4. Ordinul nr. 70/538 din 13 mai 2014privind modificarea cap. 1 din anexa la Ordinul Ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al Ministrului Sănătății publice nr. 792/1992/2017 pentru aprobarea criteriilor medico-psiho-sociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap.
5. Ministerul Sănătăţii. Normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice nr. 487/2002, din 15.04.2016. [Online].; 2016 [cited 2017 March 21. Available from: http://lege5.ro/Gratuit/geydmobuhe3q/normele-de-aplicare-a-legii-sanatatii-mintale-si-aprotectiei-persoanelor-cu-tulburari-psihice-nr-487-2002-din-15042016&d=2017-03-22.
6. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020.
7. Planul național de demență: Strategia și Planul Național de acțiuni pe perioada 2014 – 2020 lansat de Societatea Română Alzheimer împreună cu Alianța Națională Alzheimer data de 27 februarie 2014.