

**PARKINSONO LIGOS
DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO
ALGORITMAS**

PARENGĒ:

V. BUDRYS
D. JATUŽIS
A. JUOCEVIČIUS
G. KAUBRYS
J. KESIENĒ
V. LIESIENĒ
V. PAUZA
A. ŠČIUPOKAS
D. VEITIENĒ

LITERATŪRA

1. Gelb DJ, Oliver E, Gilman S. Diagnostic criteria for Parkinson disease. Arch Neurol 1999; 56: 33-9.
2. Lang AE, Lozano AM. Medical progress: Parkinson's disease. Part I. N Engl J Med 1998; 339: 1044-53.
3. Stern MB. Contemporary approaches to the pharmacotherapeutic management of Parkinson's disease: an overview. Neurology 1997; 49 (Suppl 1): S2-S9.
4. Olanow CW, Koller WC. An algorithm (decision tree) for the management of Parkinson's disease: treatment guidelines. Neurology 1998; 50 (Suppl 3): S2-S57.
5. Waters CH. Diagnosis and management of Parkinson's disease. Professional Communications, 1999.

PARKINSONO LIGOS KLINIKINIAI KRITERIJAI

Klinikiniai kriterijai, būdingi Parkinsono ligai

Ramybės tremoras

Bradikinezija

Rigidiškumas

Asimetrinė pradžia

Geras levodopos poveikis

Klinikiniai bruožai, nukreipiantys kitos diagnozės link

Neįprastai ankstyvi simptomai.

Išreikštas posturalinis nestabilumas per pirmuosius 3 metus po simptomų atsiradimo.

„Sustingimo“ („*freezing*“) fenomenas per pirmuosius 3 metus.

Haliucinacijos, nesusijusios su medikamentais, per pirmuosius 3 metus.

Demencija, atsiradusi anksčiau nei motoriniai simptomai arba per pirmuosius 1 metus.

Supranuklearinis žvilgsnio paralyžius arba akių vertikalių sakadinių judesių sulėtėjimas.

Sunki simptominė disautonomija, nesusijusi su medikamentais.

Dokumentuotos būklės, galinčios sukelti parkinsonizmą ir tikėtina susijusios su paciento simptomais (pvz., atitinkamos lokalizacijos židiniai smegenų pažeidimai arba neuroleptikų vartojimas per paskutinius 6 mėnesius).

NEUROVIZUALINIŲ TYRIMŲ TAIKYMAS PARKINSONO LIGOS ATVEJU

Parkinsono ligos diagnostika remiasi klinikiniais kriterijais.

Nėra specifinių neurovizualinių tyrimų, patvirtinančių Parkinsono ligą.

Magnetinio rezonanso tomografija (MRT) gali parodyti *substantia nigra pars compacta* suplonėjimą.

Pozitroninė emisinė tomografija (PET) ir vieno fotono emisijos kompiuterinė tomografija (SPECT) rodo sumažėjusią apykaitą *striatum* srityje (ypač *putamen* užpakalinėje dalyje).

Neurovizualiniai diagnostiniai tyrimai gali būti atliekami norint ekskluduoti kitas ligas, sukeliančias parkinsoninį sindromą.

PARKINSONO LIGOS HISTOPATOLOGINIAI KRITERIJAI

Substantia nigra neuronų reikšmingas sunykimas, lydymas gliozės.

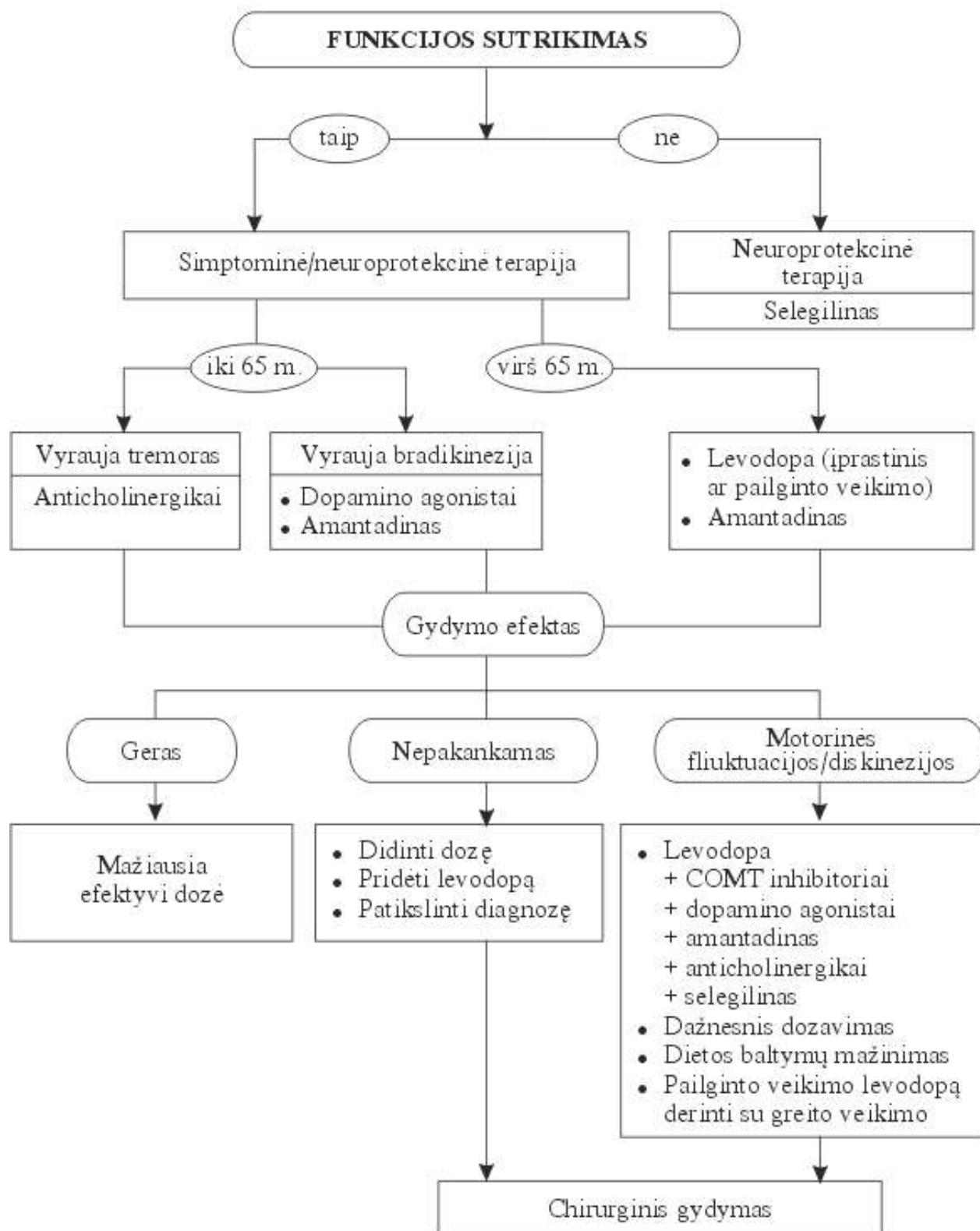
Mažiausiai 1 Lewy kūnelis *substantia nigra* arba *locus ceruleus*.

Nerasta kitų ligų, galinčių sukelti parkinsonizmą, pataloginių įrodymų.

Broožai, padedantys atskirti kitos kilmės parkinsonizmą nuo idiopatinės Parkinsono ligos

Diagnozė	Svarbūs klinikiniai skiriamieji broožai	Atsakas į gydymą levodopa
Multisisteminė atrofija (apimanti striatonigralinę degeneraciją, sporadinę olivopontocerebellarinę atrofiją ir Shy-Drager sindromą)	<p>Ankstyva disautonomija (įskaitant ortostatinę hipotenziją ir impotenciją) ir šlapimo pūslės disfunkcija</p> <p>Smegenėlių disfunkcija</p> <p>Piramidinių laidų pažeidimo simptomai</p> <p>Dirgiklių sukeliamos rankų ir veido mioklonijos</p> <p>Ryški kaklo fleksija į priekį</p> <p>Margos, šaltos rankos</p> <p>Inspiracinis stridoras</p> <p>Ryški dizartrijs</p>	<p>Geras efektas ligos pradžioje – 20% pacientų, išliekantis efektyvumas – 13%;</p> <p>Galimos diskinezijos arba motoriniai svyravimai; gali vyrauti kranialinė distonija;</p> <p>Nepaisant atsako į levodopą, pacientai nepasikelia iš vežimėlio (ankstyvas posturalinių refleksų išnykimas, su ar be ataksijos)</p>
Progresuojantis supranuklearinis paralyžius	<p>Supranuklearinis vertikalaus žvilgsnio paralyžius</p> <p>Kiti akių ir vokų judesių sutrikimai</p> <p>Liemens rigidiškumas didesnis nei galūnių</p> <p>Ankstyvas posturalinis nestabilumas ir nepaaiškinami kritimai, kalbos ir rijimo sutrikimai</p> <p>Kaklo ekstenzija</p> <p>Pažinimo ir elgesio pokyčiai</p> <p>Dažna arterinė hipertenzija</p>	<p>Geras efektas būna retai; pagerėja tik klasikiniai parkinsoniniai simptomai: rigidiškumas, bradikinezija, retkarčiais – ramybės tremoras</p>
Kortikobazalinė ganglioninė degeneracija	<p>Apraksija, žieviniai sensoriniai simptomai, „svetimos“ galūnės fenomenas</p> <p>Išreikštas asimetrisis rigidiškumas</p> <p>Galūnių distonija</p> <p>Dirgiklių sukeliamos mioklonijos</p>	<p>Paprastai nereikšmingas</p>
Kraujagyslinis parkinsonizmas	<p>„Apatinės dalies“ parkinsonizmas, vyraujant eisenos sutrikimams, viršutinės kūno dalies simptomai dažnai minimalūs</p> <p>Papildomi neurologiniai simptomai (pvz., piramidinė simptomatika, pseudobulbarinis paralyžius)</p>	<p>Paprastai menkas</p>
Lewy kūnelių demencija	<p>Ankstyva demencija</p> <p>Rigidiškumas dažnai ryškesnis nei bradikinezija ar tremoras</p> <p>Savaiminės haliucinacijos, svyruojanti pažinimo būklė, kritimai</p> <p>Padiėjęs jautrumas neuroleptikų pašaliniam ekstrapiramidiniams reiškiniams</p>	<p>Motoriniai simptomai gali pagerėti; dažni psichiniai pašaliniai reiškiniai</p>

PARKINSONO LIGOS GYDYMO ALGORITMAS



COMT - katechol-o-metiltransferazė

Funkcijos sutrikimas nustatomas įvertinus:

- ar ligonis gali gana gerai atlikti kasdieninę ir darbinę veiklą;
- ar simptomai paliečia dominuojančią ar nedominuojančią ranką;
- ar ligonis darbingas, ar ne;
- simptomų tipą (bradikinezija sukelia didesnę negalią nei tremoras);
- paties paciento nuomonę;
- gydančio gydytojo traktuotę.

Motorinės fliktuacijos – paciento motorinės veiklos sutrikimai, išsivystantys vartojant antiparkinsoninius medikamentus.

Motorinės fliktuacijos gali būti:

- „**įjungimo**“ – „**išjungimo**“ („on-off“) – staigūs, nenuspėjami, trumpalaikiai motorinės funkcijos svyravimai (nuo maksimalaus diskinezinio judrumo iki visiško sustingimo), nepriklausantys nuo vaistų dozavimo;
- „**nusitrynimo**“ („wearing off“) – greitesnis motorinis funkcijos pablogėjimas pavartojus levodopą; greičiau grįžta rigidiškumas, tremoras, atsiranda autonominė disfunkcija (prakaitavimas, tachikardija, kraujospūdžio svyravimai), depresija, nerimas ir kt.;
- „**nėra pradinio atsako**“ – levodopa neveikia net skiriant dideles dozes. Tikėtina, kad pacientas serga ne Parkinsono liga, bet atipiniu parkinsonizmu (multisistemine atrofija, progresuojančiu supranukleariniu paralyžiumi ir kt.);
- „**nėra atsako**“ (no „on“ response) – pažengus ligai, kartais nebūna išgertos levodopos dozės poveikio (dėl neadekvačios levodopos dozės, sulėtėjusios absorbcijos skrandyje, levodopos konkuravimo su maisto baltymais);
- „**sustingimas**“ („freezing“) – staigus, trumpalaikis negalėjimas žengti žingsnio ligoniui einant. Dažniausiai atsiranda pradedant eiti, apsisukant, einant pro duris ir pan.

Diskinezijos – nevalingi judesiai, paprastai choreaforminiai, taip pat distoniniai, miokloniniai ir kt., priklausantys nuo antiparkinsoninių vaistų dozavimo.

Diskinezijos gali būti:

- maksimalios dozės** („peak dose“) – išsivysto esant maksimaliai levodopos koncentracijai kraujo serume;
- bifazinės** – išsivysto levodopos koncentracijos kraujo serume didėjimo ir mažėjimo metu;
- tarpdozinės** („interdose“) – išsivysto tarp levodopos dozių pavartojimo;
- distonijos** (galūnių, kraniocervikalinės, blefarospazmas, distoninės pozos). Būdingos „dozės pabaigos“ („end-of-dose“) ir „išjungimo“ fazės („off period“) distonijos, atsirandančios sumažėjus dopamino koncentracijai organizme. Dažnai išsivysto naktį ir ryte.

PAGRINDINIAI PARKINSONO LIGOS REABILITACIJOS IR SLAUGOS PRINCIPAI

Parkinsono ligai būdinga lėtai progresuojanti eiga su skirtingu simptomų vyravimu, išreikštumu, dėl to reabilitacijos priemonės, jų apimtys priklauso nuo simptomų išreikštumo, žmogaus funkcijų sutrikimo lygio, savarankiškumo kasdieninėje veikloje. Pradinėje stadijoje reabilitacijos priemonės taikomos ambulatoriškai, toliau progresuojant ligai jų daugėja, reikalinga visa reabilitacijos specialistų komanda, reabilitacijos programa vykdoma stacionarinėmis sąlygomis ir toliau tęsiama namuose.

Reabilitacinės priemonės ambulatorinėmis sąlygomis

Reabilitacinės priemonės ambulatorinėmis sąlygomis taikomos ligoniams, kuriems buvo diagnozuota Parkinsono liga, tačiau nėra ryškių funkcijos sutrikimų, jie yra savarankiški kasdieninėje veikloje. Šio etapo tikslas – kuo ilgiau išlaikyti asmenų savarankiškumą bei darbingumą, išvengti komplikacijų.

1. Kineziterapija ciklais po 15–20 procedūrų 1–2 k. per metus. Vyrauja funkcinė kineziterapija, orientuota į mobilumą, funkcinis veiksmus.
2. Psichologo konsultacijos, autogeninės treniruotės, muzikoterapija.
3. Ligonų mokymas.
4. Fiziniai faktoriai.

Sveikatos grąžinimo gydymo priemonės

Sveikatos grąžinimo gydymo priemonės taikomos toliau progresuojant ligai, kai iš dalies sumažėja žmogaus savarankiškumas kasdieninėje veikloje – Barthel indeksas 85–95 balai.

Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas įvertina paciento būklę (savarankiškumą apsitarnaujant (Barthel indeksas), atlieka protinės būklės mini tyrimą, įvertina rigidiškumą ir bradikinezijos laipsnį, veiksmų atlikimo trukmę, eiseną), sudaro ir skiria reabilitacijos programą:

1. Individuali kineziterapija.
2. Psichologo ar psichoterapeuto procedūros.
3. Logopedinė terapija pagal poreikį.
4. Ligonio ir artimųjų mokymas.

Reabilitacijos priemonėmis siekiama išlaikyti sąnarių paslankumą, užtikrinti normalų raumenų ilgį, palaikyti asmenų savarankiškumą bei darbingumą, psichologinę adaptaciją, išvengti komplikacijų.

II lygio reabilitacijos priemonės

II lygio reabilitacijos priemonės taikomos, kai ligonio savarankiškumas dėl Parkinsono ligos yra vidutiniškai-ryškiai ribotas – Barthel indeksas 50–85 balai.

Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas kartu su reabilitacijos specialistų komanda įvertina paciento būklę (savarankiškumą apsitarnaujant (Barthel indeksas), atlieka protinės būklės mini tyrimą, įvertina rigidiškumą ir bradikinezijos laipsnį, veiksmų atlikimo trukmę, eiseną, krūtinės ląstos ekskursijas, maksimalų įkvėpimą ir kt. kvėpavimo funkcijos rodiklius), socialinį statusą, sudaro ir skiria reabilitacijos programą:

1. Individuali kineziterapija.
2. Ergoterapija.
3. Ligonio ir artimųjų mokymas.
4. Psichologo ar psichoterapeuto procedūros.
5. Logopedinė terapija pagal poreikį.
6. Socialinio darbuotojo konsultacijos.
7. Kompensacinės technikos priemonių parinkimas, pritaikymas.

Reabilitacijos priemonėmis siekiama išlaikyti sąnarių paslankumą, normalų raumenų ilgį, palaikyti asmenų savarankiškumą, išvengti komplikacijų, koreguoti eiseną ir laikyseną, parinkti kompensacinę techniką bei pagalbines priemones, apmokyti jomis naudotis.

III lygio reabilitacijos priemonės

III lygio reabilitacijos priemonės taikomos, kai ligonio savarankiškumas dėl Parkinsono ligos yra labai ryškiai sutrikęs – Barthel indeksas 10–45 balai.

Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas kartu su reabilitacijos specialistų komanda įvertina paciento būklę (savarankiškumą apsitarnaujant (Barthel indeksas), atlieka protinės būklės mini tyrimą, įvertina rigidiškumą ir bradikinezijos laipsnį, aktyvų ir pasyvų sąnarių paslankumą, raumenų jėgą, veiksmų atlikimo trukmę, eisena, krūtinės ląstos ekskursijas, maksimalų įkvėpimą ir kitus kvėpavimo funkcijos rodiklius), jo socialinį statusą, kaip gyvenamoji aplinka atitinka paciento poreikius, sudaro ir skiria reabilitacijos programą:

1. Individuali kineziterapija.
2. Ergoterapija.
3. Psichologo ar psichoterapeuto procedūros.
4. Logopedinė terapija pagal individualų planą.
5. Ligonio ir artimųjų mokymas.
6. Socialinio darbuotojo konsultacijos (socialinių garantijų, buto (aplinkos) bei darbo vietos pritaikymo, kompensacinės technikos įsigijimo klausimai ir kt.).
7. Kompensacinės technikos priemonių parinkimas, pritaikymas.
8. Fizioterapija pagal poreikį.
9. Slaugos programa komplikacijų prevencijai:

Pragulų prevencija

- pacientas paverčiamas lovoje nuo šono ant šono kas 2–3 val. Stengtis mažiau gulėti ant nugaros, nes tai ilgainiui didina fleksorių tonusą,
- švari, išlyginta, šilkinė ar atlasinė patalynė.

Kontraktūrų prevencija

- sąnarių išlankstymas 1–2 kartus per dieną,
- galūnių padėties keitimas kas 2–3 val.

Infekcijų prevencija ir gydymas

- kvėpavimo takų: kvėpavimo mankšta; vibracinis masažas; drenažinės padėties,
- odos infekcija: pragulų profilaktika, gydymas – perrišimai 1–2 k. per dieną, lazerioterapija.

Reabilitacijos pagrindinis tikslas – ligonio aktyvumo, savarankiškumo kasdieninėje veikloje didinimas, emocinės sferos plėtimas, krūtinės ląstos ekskursijų didinimas, komplikacijų profilaktika, apmokymas naudotis kompensacinės technikos priemonėmis, grįžimas į pagal poreikius pritaikytą gyvenamąją aplinką.