



Parkinsonova choroba a ako s ňou žiť

Parkinsonova choroba je progresívne neurodegeneratívne ochorenie. Podkladom vzniku choroby je nedostatok dopamínu – látky, ktorá slúži ako prenášač biologickej informácie medzi bunkami. Nedostatok dopamínu spôsobuje, že neuróny sa vymknú spod kontroly, takže pacienti nie sú schopní ovládať alebo kontrolovať svoj pohyb fyziologickým spôsobom.

Parkinsonova choroba je chronické postupujúce ochorenie centrálného nervového systému, ktoré patrí do skupiny porúch pohybového systému a psychických funkcií. Je najčastejšou príčinou parkinsonizmu, klinického syndrómu spôsobeného postihnutím špeciálnych oblastí nervového systému tzv. bazálnych ganglií, ktoré sa podieľajú na riadení pohybu, čo v konečnom dôsledku vedie k typickej poruche hybnosti.

Parkinsonova choroba najčastejšie začína medzi 40. a 70.

rokom života s vrcholom nástupu ochorenia v šiestej dekáde. Nárast ochorenia sa zvyšuje s vekom, ktorý sa považuje za najvýznamnejší rizikový faktor. Jej výskyt je vo veku nad 80 rokov 12-krát vyšší ako vo veku 50 až 59 rokov a 100-krát vyšší ako vo veku 40 až 49 rokov. Rozdiel vo výskyte medzi pohlaviami je veľmi malý, 1,5 ku 1 v neprospech mužov.

Parkinsonizmus môže byť zapríčinený niekoľkými chorobnými procesmi, medzi ktoré najčastejšie patrí:

- Primárna idiopatická Parkinsonova choroba (ktorej príčina nie je známa) tvorí približne 80% prípadov ochorenia.
- Sekundárny parkinsonizmus (vznikajúci v dôsledku cievneho postihnutia, infekčného ochorenia, toxínov, úrazu, mozgového tumoru, metabolických ochorení).

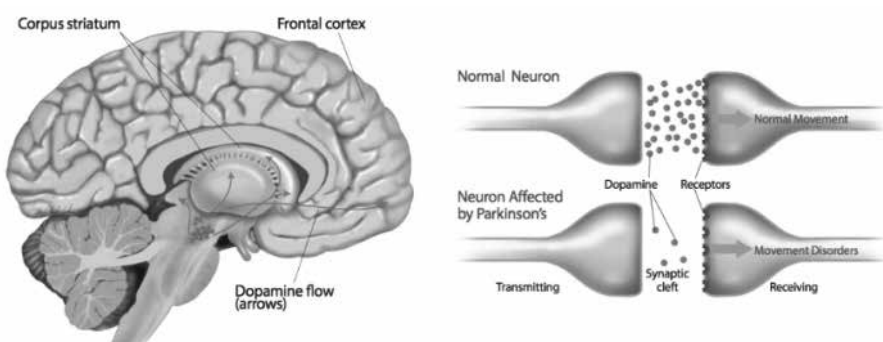
DOPAMÍN PODĽA PARKINSONA

Základným podkladom na vznik Parkinsonovej choroby je nedostatok jednej látky v určitých štruktúrach mozgu, v tzv. bazálnych gangliách, ktoré sa podieľajú na riadení pohybu (motoriky). Táto látka sa nazýva dopamín a slúži ako prenášač biologickej informácie medzi bunkami.

Dopamín sa tvorí v mozgu, predovšetkým v tzv. strednom mozgu, v jadre zvanom čierne jadro (substantia nigra). Človek sa narodí asi so 400 000 nervovými bunkami – neurónmi produkujúcimi dopamín. U zdravého dospelého jedinca zaniká ročne asi 6 % dopamín produkujúcich neurónov, avšak u parkinsonikov je táto

strata urýchlená. Klinické prejavy sa objavia až vtedy, keď pôvodné množstvo neurónov klesne pod 20 - 50 % pôvodnej úrovne a kompenzačné mechanizmy organizmu na vyrovnanie straty neurónov sa vyčerpajú.

Mechanizmy zániku neurónov nie sú doposiaľ celkom známe. V dôsledku nedostatku dopamínu, bazálne gangliá nemôžu efektívne fungovať a vzniká porucha regulácie pohyblivosti, čo sú typické prejavy Parkinsonovej choroby. Klinický obraz ochorenia dotvára tiež relatívny nadbytok iných podobných látok – neuromediátorov (prenášačov nervových vzruchov), ktoré sú prítomné v bunkách tohto systému.



TEST PRE VČASNÉ ROZPOZNANIE PARKINSONOVEJ CHOROBY

Nemecká asociácia Parkinson pripravila test, ktorý sa snaží odhaliť možné včasné príznaky Parkinsonovej choroby.

Ak v nasledujúcom teste odpoviete ÁNO na viac ako 3 otázky, patríte k osobám, u ktorých by sa mohli prejaviť prvé príznaky Parkinsonovej choroby.

Stáva sa, že sa vám trasie ruka, aj keď ste v úplnom klude?

Máte pri chôdzi paže pokrčené a súčasne miznú prirodzené pohyby paží?

Všimol/všimla ste si dopredu nachýlené držanie tela?

Máte ľahko šuchtavú chôdzu alebo za sebou ťaháte nohu?

Chodíte drobnými krôčikmi a stáva sa, že sa potknete

alebo spadnete?

Trápi vás pokles vlastnej iniciatívy a strácate záujem o podnety z okolia?

Trpíte bolesťami chrbtice v oblasti šije?

Začínate sa vyhýbať priateľom, stráňte sa kontaktu s ľuďmi a nemáte do ničoho chuť?

Všimol/všimla ste si zmeny hlasu? Je monotónny a tichší ako predtým alebo chrapľavý?

Všimol/všimla ste si zmenšenie vášho písma?

Ak ste odpovedali KĽADNE na viac ako 3 otázky, je celkom na mieste sa poradiť s vaším lekárom o ďalšom odbornom vyšetrení.

PRÍZNAKY PARKINSONOVEJ CHOROBY

Prvé klinické príznaky Parkinsonovej choroby sú často nenápadné a nešpecifické, dalo by sa povedať, bežné zmeny nastupujúce s vekom, ako napríklad bolesti ramien, chrbtice, pocity ťažkých končatín, strata výkonnosti, únava, poruchy spánku, zápcha, zmena rečového prejavu (tichosť, monotónnosť), zmena písma (malé, neupravené), sexuálne poruchy.

Základnými príznakmi typickými pre Parkinsonovu chorobu sú pokojový tras (tremor), svalová stuhnutosť (rigidita), spomalenie pohybov (bradykinéza) a poruchy postoja a chôdze (posturálna instabilita).

Tras

Tras (tremor) je najviditeľnejším príznakom Parkinsonovej choroby. Vyskytuje sa asi u troch štvrtín pacientov. Je to typický pomalý, pokojový tras, ktorý kolíše v závislosti od emočného stavu. Tras sa zväčšuje pri psychickej záťaži, ale aj pri bežnej únave. Prakticky vždy je aspoň zo začiatku asymetrický. Typicky sú postihnuté prsty na ruke a stupaj. Tras na ruke sa často porovnáva k počítaniu peňazí.

Svalová stuhnutosť

Rigidita, alebo tiež zvýšené svalové napätie, je prítomné už v počiatočných štádiách ochorenia, a to aj vtedy, keď ju pacienti ešte nevnímajú. Pacienti ju vnímajú ako stuhnutosť, zovretie alebo pocit slabosti a ťažoby jednotlivých častí tela. Nerovnomerne postihuje jednotlivé svalové skupiny, čo okrem iného spôsobuje tiež typické držanie šije, trupu a končatín. V pokročilejších štádiách ochorenia majú pacienti pocit, akoby im telo pri pohyboch kládlo odpor (pocitovo hovoria, akoby sa pohybovali vo vode). V neskorých štádiách sa rigidita prejavuje aj na medzirebrovom svalstve, čo spôsobuje obmedzenie dýchacích pohybov a náchylnosť na infekcie.

Spomalenie pohybov

Bradykinéza, spomalenie a zmenšenie rozsahu pohybov, je najvýraznejšia pri chôdzi, najmä pri začatí pohybu, a prejavuje sa ako štartovacie váhanie (hesitácia). Sami pacienti ju vnímajú ako slabosť, unavenosť, obmedzenie schopnosti písať, krájať jedlo, obracať sa na posteli. Je tiež prítomná aj na mimickom svalstve, čo spôsobuje ochudobnenie mimiky až maskovitý výraz tváre. Prítomné je tiež postihnutie reči, ktorá sa stáva monotónnejšia, tichšia. Objavuje sa tiež porucha prehĺtania, v jej dôsledku tiež zvýšený výtok slín. V horších prípadoch majú pacienti problémy s vykonávaním bežných denných úkonov ako umývanie sa, krájanie jedla, odomykanie dverí a podobne.

Nestabilita a pády

Pacienti s parkinsonizmom majú zvýšené riziko pádov. Je to spôsobené častejším výskytom ortostatickej hypotenzie (poklesu krvného tlaku pri vstávaní), dvojitého videnia a spomalením korekčných pohybov upravujúcich polohu ťažiska, predklonom trupu a otáčaním trupu vcelku. Významnou príčinou pádov sú i poruchy chôdze. Patrí medzi ne šuchavá chôdza s malými krokmi zvyšujúca riziko zakopnutia, krátke a nerovnako dlhé kroky a postupné zrýchľovanie chôdze, pri ktorej akoby pacient naháňal svoje ťažisko. Chýba súhra s pohybmi horných končatín (synkinézy), ktoré zostávajú v klude, pripažené. Skracovanie kroku a neobratnosť v otáčkach môžu byť prvými príznakmi, ktoré si pacient všimne.

Nemotorické poruchy sprevádzajúce parkinsonizmus

Z praktického hľadiska sú významné aj nemotorické poruchy. Parkinsonici mávajú aj spomalené myslenie a zvýšené riziko vzniku demencie (asi 40 % pacientov trpí demenciou). Depresia je často jedným z najväčších

problémov parkinsonikov. Môžu byť prítomné detailné zrakové halucinácie. Chorí si však často uvedomujú, že to, čo vidia, nie je realita. Pacienti s Parkinsonovou chorobou zažívajú striedanie období zníženého a zvýšeného potenia. Prítomný je dráždivý mechúr a nutkanie na močenie je také silné, že môže dôjsť k samovoľnému úniku moču. Rigidita postihuje aj svalstvo hltana, a preto majú pacienti s Parkinsonovou chorobou ťažkosti s prehĺtaním. Môžu mať problém s prehĺtaním tak tuhej, ako aj tekutej potravy. Tuhá potrava sa ťažko prehltá a riedka tekutina môže vniknúť do pľúc, čo zvyšuje riziko vzniku zápalu pľúc. Riziko jeho vzniku je zvýšené i následkom zníženia účinnosti kašľa, spôsobeného rigiditou dýcha-

cích svalov. Porucha prehĺtania je jednou z príčin chudnutia. Parkinsonici mávajú často zápchu. Môže byť narušené súhra medzi sťahom konečníka a uvoľnením jeho zvierača. Veľmi obťažujúce je nadmerné množstvo slín, čo je spôsobené poruchami prehĺtania a zvýšením ich tvorby. Častým problémom sú najmä bolesti chrbta a poruchy spánku. Pacienti trpia nočnou nespavosťou, čo sa kompenzuje nepotlačiteľnou ospalosťou najmä v skorých popoludňajších hodinách. Počas spánku môžu pacienti blúdiť a byť nebezpečnými sami sebe i okoliu. Parkinsonici môžu mať následkom porúch reči sťaženej komunikáciu. Reč je tichá, monotónna a zhoršená je tiež artikulácia.

ŠTÁDIÁ OCHORENIA

Prodromálne (predchorobné)

Charakterizované štrukturálnymi zmenami v mozgu, bez zjavných symptómov. Môže sa vyskytnúť napr. porucha čuchu, poruchy spánku, zápcha a depresia.

Počiatkové štádium

Charakterizované poruchou pohyblivosti (tras, stuhnutosť, znížená pohyblivosť, poruchy postoja), ale aj nemotorickými príznakmi (nespavosť, zápcha, depresia a úzkosť). Dochádza k úbytku 30 – 50 % pigmentovaných dopamínergických neurónov v čiernej hmote.

Pokročilé štádium

Charakterizované skracovaním účinnosti liečebnej dávky, fluktuáciami – náhlymi zmenami pohyblivosti z dobrého stavu do stavu stuhnutosť a dyskínézami – mimovoľnými pohybmi. U pacientov tiež môže dôjsť aj k rozvoju demencie.

DIAGNOSTIKA PARKINSONOVEJ CHOROBY

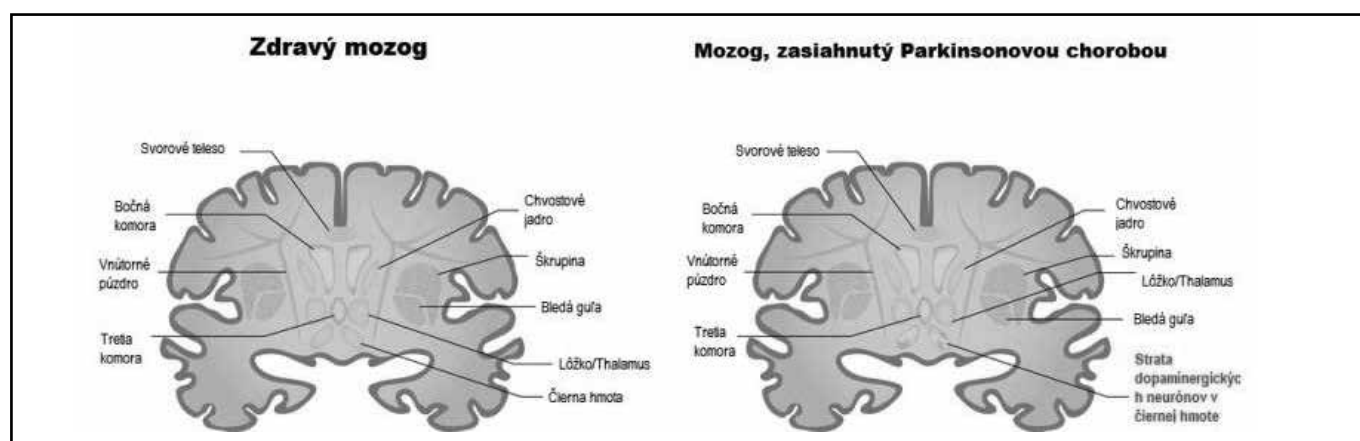
Diagnóza Parkinsonovej choroby je založená predovšetkým na podrobných údajoch o charaktere a priebehu ťažkosti (anamnéza) a dôkladného klinického vyšetrenia. Žiaden samostatný klinický príznak nie je natoľko a konštantne vyjadrený, aby sa na základe jeho prítomnosti dala stanoviť diagnóza Parkinsonovej choroby a vylúčiť iná príčina parkinsonizmu.

Najpoužívanejšími sú klinické diagnostické kritériá Parkinsonovej choroby podľa UK Parkinson's Disease Society Brain Bank, kde je diagnostický postup usporiadaný do troch krokov:

- Konštatovanie prítomnosti parkinsonského syndrómu

(bradykinéza a najmenej 1 príznak z nasledujúcich: rigidita, pokojovú tras, posturálna instabilita)

- Zhodnotenie prítomnosti t, ktoré spochybujú a vylučujú diagnózu Parkinsonovej choroby
- Zváňenie a/íich kritérií, ktoré podporujú diagnózu idiopatickej Parkinsonovej choroby (jednostrannú začiatok, progresívny priebeh, pretrvávajúca asymetria s a/íim postihnutím na strane začiatku, v borná odpoveď na L-Dopy – 70 - 100 % zlepšenie v rzné dyskínézy po dávke L-dopy, klinické trvanie 10 a viac rokov)



LIEČBA PARKINSONOVEJ CHOROBY

V liečbe Parkinsonovej choroby zatiaľ neexistuje nijaký liečebný postup, ktorým by bolo možné ochorenie vyliečiť alebo natrvalo zastaviť, ale jednotlivé príznaky ochorenia sa dajú efektívne a dlhodobo potláčať. Najúspešnejšia je taká terapia, v ktorej sa kombinuje farmakologická liečba s postupmi nefarmakologickými. Predovšetkým je treba vyzdvihnúť význam rehabilitácie, cvičenia a pohybovej aktivity, režimového opatrenia, psychoterapie, ale aj rôznych foriem spoločenskej podpory chorých. Konkrétna stratégia liečby by mala byť čo najlepšie prispôsobená individuálnym okolnostiam.

Vo farmakoterapii Parkinsonovej choroby sa uplatňujú predovšetkým symptomatické postupy, pomocou ktorých sa potláčajú príznaky ochorenia. Zahŕňajú liečbu substitučnú, spočívajúcu v náhrade dopamínu podobne pôsobiacimi látkami, a liečbu kompenzačnú, ktorá znižuje jeho odbúranie a zvyšuje dostupnosť alebo zmierňuje následky jeho nedostatku či nadbytku iných neuromediátorov.

Napriek uvedeniu rôznych skupín antiparkinsonských liekov na trh, podávania L-dopy zostáva základným, najúčinnnejším a najefektívnejším liekom pri liečbe Parkinsonovej choroby. Zahájenie jej užívania sa datuje od konca 60 rokov 20. storočia. L-dopa (levodopa) sa pomocou enzýmov premieňa v mozgu na chýbajúci dopamín. Aj keď má nesporne významné miesto v liečbe Parkinsonovej choroby, jej podávanie naráža na niektoré problémy. Medzi včasné vedľajšie účinky patrí kolísanie krvného tlaku, nevoľnosť, vra-

canie a pod., čo môže spôsobiť, že pacienti na začiatku liečby udávajú zlú toleranciu liečby a často sú neefektívne liečení pre „neznášanlivosť“ či dokonca pre domnelú „neúčinnosť“ levodopy. Pre zamedzenie uvedených príznakov sa odporúča začínať liečbu čo najnižšími efektívnymi dávkami vhodného preparátu, rozdelených do viacerých pravidelných dávok, príp. pridať do liečby prípravok potláčajúci uvedené príznaky. Z terapeutického hľadiska sú najzávažnejším problémom liečby L-dopou neskoré komplikácie, ktoré vznikajú až po dlhšej dobe, spravidla po niekoľkých rokoch liečby. Fluktuácie (kolísanie) stavu hybnosti a polievkové dyskinézie patria medzi najčastejšie a sú významným terapeutickým problémom. Aj napriek problémom a komplikáciám, ktoré so sebou prináša jej dlhodobé užívanie, je levodopa hlavným symptomatickým a nenahraditeľným liekom.

Na základe súčasných poznatkov o vzniku Parkinsonovej choroby a zmenách v mozgu vyvolaných liečbou L-dopou je trend posunúť jej podávanie do neskorších štádií choroby a udržať jej vyrovnanjšiu hladinu pôsobenia v mozgu. Levodopa sa vyznačuje krátkym časom pôsobenia v mozgu a rýchlym odbúraním (do 1,5 hod. sa vylúči asi polovica podaného množstva), preto sa hľadajú spôsoby, ako dosiahnuť jej stabilnejšie pôsobenie. Jedným z nich je spomalenie jej odbúravania. V praxi sa osvedčili preparáty znižujúce účinnosť monoaminoxidázy a katechol-O-metyltransferázy-enzýmov podieľajúcich sa na degradácii L-dopy.

NESKORÉ ŠTÁDIÁ PARKINSONOVEJ CHOROBY

Avšak po niekoľkých rokoch stabilizácie klinického stavu pri dlhodobej liečbe L-dopou nastáva zhoršenie efektu liečby. Neskoré komplikácie sa stávajú viac komplexné a často vzhľadom k podávanej terapii nepredvídateľné. Za hlavné mechanizmy sa považuje predovšetkým progresia ochorenia a postupné znižovanie účinku podávania levodopy. Preto sa odporúča zavedenie takého liečebného režimu, ktorý bude čo najoptimálnejšie rešpektovať kontinuálnu stimuláciu dopamínom, ktoré aspoň čiastočne zamedzuje rozvoj a zhoršovanie týchto komplikácií. Ako dôležitý krok v liečbe sa javí predĺženie odbúravania L-dopy.

Neskoré príznaky

Neskoré príznaky u Parkinsonovej choroby sa týkajú jednak postihnutia pohybových (motorických) funkcií, ktoré dominujú, ale tiež príznakov postihnutia

ostatných funkcií. Typické je kolísanie stavu hybnosti (fluktuácie), účinok jednotlivých dávok levodopy sa postupne skracaje tzv. „wearing-off“ fenomén, často nastávajú náhle nepredvídateľné zmeny stavu hybnosti „on-off“ fluktuácie z dobrého stavu hybnosti „on“ do stavu zlej hybnosti s trasom, rigiditou „off“. Môže byť pozorované oneskorenie nástupu účinku liečby a tiež paradoxné zhoršenie stavu po podaní jednotlivé dávky L-dopy.

Navyše sa objavujú abnormné, mimovoľné pohyby (dyskinézie), ktoré sa môžu objaviť v súvislosti s liečbou levodopou, ale aj bez vzťahu k liečbe.

Medzi najčastejšie vedľajšie príznaky, ktoré sa často vyskytnú v súvislosti s Parkinsonovou chorobou, patrí sklon k zníženému krvnému tlaku (ortostatická hypotenzia), zápcha, poruchy spánku (problémy so zaspávaním, skoré prebúdzenie sa, živé sny), po-

ruchy prehĺtania, poruchy močenia, depresia, demencia (asi u 20 % pacientov v neskorom štádiu ochorenia), poruchy čuchu, nadmerné potenie. Uvedené príznaky môžu výrazným spôsobom limitovať liečbu základnej choroby.

Moderná koncepcia liečby

Moderná koncepcia liečby vo včasných štádiách liečby uprednostňuje používanie liekov s miernym antiparkinsonským účinkom a potenciálom ochrany nervových buniek pred degeneráciou tzv. neuroprotektívnym efektom (selegilín, amantadín) a pri výraznejšej symptomatológii agonistov dopamínových receptorov (DA), ktoré nepodliehajú enzymatickej premene a degradujú sa zreteľne pomalšie ako L-dopa. DA znižujú výskyt motorických komplikácií v porovnaní s levodopou a pacienti v skorých štádiách ochorenia môžu byť liečení DA bez pridania L-dopy aj niekoľko rokov. V pokročilom štádiu Parkinsonovej choroby pri podávaní spolu s L-Dopou znižujú dávku levodopy, predlžujú „on“ a skracujú „off“ stav. Okrem týchto liekov sa v klinickej praxi používajú i ďalšie farmakologické postupy ako napr. anticholinergiká využívajúce sa na liečbu trasu. Ich použitie je limitované závažnými nežiadúcimi účinkami a nie sú vhodné pre starších pacientov a pacientov s demenciou.

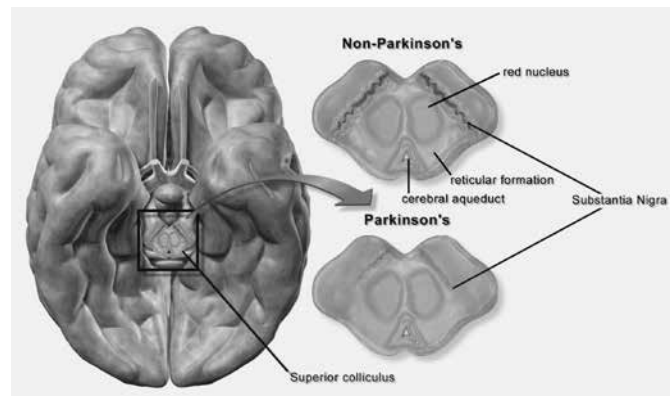
Liečenie pomocou apomorfínovej alebo duodenálnej pumpy.

Pri použití apomorfínovej pumpy sa liek podáva podkožne v pravidelných dávkach a intervaloch. Pacient si každý deň mení miesto vpichu.

Ďalší prístup je kontinuálne podávanie infúzie L-Dopy priamo do tenkého čreva, čím sa dosahuje vyrovnaná plazmatická hladina L-Dopy v sére. Liek sa podáva pomocou špeciálnej prenosnej pumpy s trvalou sondou zavedenou do tenkého čreva.

Chirurgický zákrok

Okrem farmakologických postupov je v súčasnosti tendencia k neurochirurgickým zákrokom, ktoré nachádzajú uplatnenie v liečbe medikamentózne nezvládnuteľných motorických symptómov alebo komplikácií dlhodobej liečby L-dopou. Využívajú sa



u pacientov, u ktorých nie je možné chorobné zmeny hybnosti dostatočne zvládnuť liekmi, ale zároveň sú v dobrej fyzickej a psychickej kondícii. Pri týchto operačných zákrokoch sa deštruuujú alebo stimulujú nervové centrá, čím sa zmení ich činnosť.

K procedúram, ktoré sa v súčasnosti najčastejšie používajú, patria hlboká mozgová stimulácia subtalamičného jadra (DBS STN), deštrukcia malej skupiny buniek v časti mozgu nazývanej talamus (talamotómia) alebo vnútornej časti tzv. globus pallidus (palidotómia). Talamotómia a DBS STN sú účinné najmä v potlačení trasu. DBS STN a palidálne zákroky zlepšujú tiež trasu, ale špeciálne sú indikované pre liečbu ťažkých dyskinéz a rigidity.

Pre pacienta v pokročilom štádiu je nutné ďalšiu liečbu zvažovať a konzultovať s neurológom špecialistom. Všetky 3 prístupy je možné konzultovať na neurologických klinikách a špeciálnych pracoviskách medicínskych centier v Bratislave, Banskej Bystrici, v Martine a v Košiciach.

Parkinsonova choroba postihuje predovšetkým pacientov v staršom veku, a tak sa často stáva, že súčasne trpia i inými ochoreniami. Viaceré liečivá môžu u pacientov s Parkinsonovou chorobou zhoršiť príznaky ochorenia alebo zvýrazniť niektoré komplikácie spojené s liečbou. Týmto liekom sa treba vyvarovať.

Každý chorý má právo na informácie o chorobe a dostupných spôsoboch jej liečby. Dobre informovaný pacient sa stáva partnerom svojho lekára pri rozhodovaní o liečebnom postupe.

Aké sú rizikové lieky?

Medzi rizikové lieky patria:

- Klasické neuroleptiká, lieky používané najmä, ale nie vždy, v liečbe duševných chorôb.
- Antiemetiká, prokinetiká, antivertiginóza – lieky používané pri tráviacich ťažkostiach a v liečbe závratov.
- Blokátory kalciových kanálov – vazoaktívne lieky, používané v liečbe porúch prekrvenia mozgu.
- Hypotenzíva – lieky používané v liečbe vysokého krvného tlaku.
- Súčasne so selegilínom sa nesmú používať antidepresíva SSRI, inhibítory MAO-A, reserpín a pethidín. Tieto lieky možno u pacientov s Parkinsonovou chorobou podávať, ale je nevyhnutné vopred vysadiť selegilín, a to asi 3 týždne pred ich nasadením.
- Selegilín je potrebné vysadiť najmenej 3 týždne pred plánovanou operáciou.

Opatrnosť je tiež potrebná aj pri nasadzovaní diuretik a liečiv používaných pri liečbe benígnej hyperplázie prostaty.

JE PARKINSONOVA CHOROBA DEDIČNÁ?

V posledných rokoch sa v odbornej literatúre stále viac a častejšie diskutuje úloha a význam dedičnosti vo vzniku Parkinsonovej choroby. Tento záujem spočiatku vychádzal len z faktu, že epidemiologické analýzy preukazovali približne 3 % výskyt choroby v priamom príbuzenstve osôb postihnutých touto chorobou, čo je viac ako je bežný výskyt Parkinsonovej choroby v populácii (však na tomto mieste je nutné podotknúť, že vysoký výskyt akéhokoľvek problému či choroby v rodinách nemusí nutne vždy svedčiť pre dedičnosť, v hre je aj veľa ďalších faktorov ako výchova, strava, zvyky, miestne životné prostredie atď.). Zdalo sa teda pravdepodobné, že dedičné vlastnosti nejakým spôsobom zvyšujú pravdepodobnosť prenosu choroby z predkov na potomkov. Touto témou sa zaoberal široko poňatý výskum. Veľká dôležitosť bola vkladaná do štúdií zaoberajúcich sa jednovaječnými a dvojevaječnými dvojčatami, z ktorých jedno trpelo Parkinsonovou chorobou.

Ak by totiž vlna pre chorobu bola prenášaná dedične, jej výskyt u dvojčiat (z ktorých jedno touto chorobou trpí) by mal byť podstatne vyšší aj u ich súrodencov, a to predovšetkým u jednovaječných súrodencov. Výsledky týchto štúdií však neboli presvedčivé a svedčili skôr proti tejto možnosti, minimálne svedčili proti možnosti, že by Parkinsonova choroba bola prenášaná iba jedným zmeneným génom (mutácia). Vznikla teda predstava tzv. polygéneho prenosu, teda že k vzniku choroby je potrebných viac zmenených génov súčasne a pravdepodobne ešte za spoluúčasti špeciálnych vplyvov z vonkajšieho prostredia. Ďalší fakt, ktorý spochybňuje vznik choroby na základe jedného zmeneného génu u všetkých chorých, je len zriedkavo sa vyskytujúca výrazná početnosť výskytu choroby v rodinách.

Vo veľkej väčšine všetkých prípadov Parkinsonovej choroby v populácii nie je preukázaná vyššia početnosť prípadov v rodinách, čo svedčí pre tzv. sporadický (teda nededičný) charakter vzniku choroby. Veľkú zmenu v po-

hľade na úlohu dedičnosti u Parkinsonovej choroby však priniesli 90. roky 20. storočia. V rodinách so zvýšenou početnosťou ochorení (viac priamo postihnutých členov rodiny) boli objavené konkrétne zmeny v konkrétnych génoch (tzv. mutácie), spôsobujúce vznik choroby u týchto osôb. Celkovo bolo opísaných 13 takýchto mutácií a poznáme už aj niektoré ich produkty. Sú nimi bielkoviny, ktoré majú pod vplyvom zmenenej dedičnej informácie inak vytváranú štruktúru, teda majú aj iné vlastnosti.

Význam týchto štúdií tkvie v tom, že teraz možno v týchto rodinách (a pri modelovaní obdobných zmien na výskumných zvieratách) sledovať cestu rozvoja chorobných zmien od postihnutej bielkoviny až ku príznakom Parkinsonovej choroby. Takto bude možné omnoho lepšie definovať, čo sa vlastne deje v mozgu na začiatku choroby a prečo sa tak deje. Je totiž vysoko pravdepodobné, že aj u nededičného vzniku Parkinsonovej choroby (opäť je nutné zdôrazniť, že to je väčšina všetkých prípadov) dochádza v mozgu chorých osôb k podobným „chemickým“ zmenám, hoci naštartovaným inak než zmenenou dedičnou informáciou. Vznik ochorenia je zrejme podmienený určitým chorobným procesom, určitou cestou chemických zmien v mozgu. Túto cestu zmeny ale možno spustiť rôznymi spôsobmi: zmenenou dedičnou informáciou, získanou poruchou, vplyvom vonkajšieho prostredia atď.

Ak teda vznikne Parkinsonova choroba u osoby po 50. roku života a u priamych príbuzných sa nevyskytla, nie je dôvod na obavy, že vlnu pre túto chorobu odovzdala svojim potomkom alebo že jej súrodenci sú touto chorobou taktiež ohrození.

Iba v prípade, že ochorenie vznikne pred 40. rokom života, je riziko prenosu vyššie (medzi 10 - 20 %). V súčasnosti však mieru rizika nedokážeme presnejšie určiť. Zatiaľ nemožno vyšetřovať konkrétne formy zmenenej dedičnej informácie (stanoviť tzv. mutáciu genetickým testom), iba nepriamo možno riziko spresniť pri konzultácii s genetikom a zostavením a štúdiom kompletného rodokmeňa.

ŽIVOTNÝ ŠTÝL S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Praktické rady pre chorých a ich rodiny

Parkinsonova choroba prináša pacientom v priebehu rozvoja množstvo problémov a obmedzení. Miera ťažkostí nemusí byť vždy odrazom jednotlivých príznakov, závisí od rozhodnutia a vôle pacienta, jeho povahy a od spôsobu prijatia svojej choroby.

Naučiť sa s chorobou žiť a bojovať proti telesným a duševným ťažkostiam je rovnako dôležité ako ostatná liečba. Neoddeliteľnou súčasťou je fakt, že obmedzený je nielen pacient, ale aj jeho blízki, ktorí s ním žijú.

Užitočné rady súvisiace s užívaním liekov

- Riadiť sa pokynmi lekára, týkajúcich sa časovania jednotlivých dávok liekov počas dňa.
- Akúkoľvek zmenu treba vždy prebrať so svojím lekárom a nemeniť spôsob liečby sám.

- Levodopa sa nevstrebáva do tráviaceho systému, ak sa súčasne podáva s potravinou obsahujúcou väčšie množstvo bielkoviny. Plný žalúdok ovplyvňuje zhoršené vstrebávanie L-dopy. Preto je nevyhnutné užiť dávku levodopy vždy asi 45 minút pred jedlom, jeť radšej menšie množstvo jedla viackrát denne. Ak sa liek obsahujúci L-dopu nalačno zle znáša, vhodné je zajesť ho len piškótou alebo niekoľkými sústami chleba, nie však jogurtom, ktorý obsahuje mnoho bielkovín.

Užitočné rady pre dennú starostlivosť

- Zabezpečte pacientovi s Parkinsonovou chorobou pravidelný príjem tekutín a vyváženú stravu, dostatočnú na udržanie primeranej váhy a dostatočný prísun vitamínov a vlákniny. Ak má váš blízky problémy s prehĺtaním, musí jeť mäkkú stravu, upravenú na malé kúsky.

- Zabezpečte pravidelnú lekársku a rehabilitačnú starostlivosť. Pre pacienta s Parkinsonovou chorobou je dôležitý pravidelný pohyb.

Užitočné rady na úpravu domáceho prostredia

- Odstráňte zbytočné predmety a upravte domáce prostredie tak, aby bolo bezpečnejšie, priestrannejšie a uľahčovalo pohyb pacienta.
- Všade tam, kde je to vhodné (izba, spálňa, kuchyňa, WC) umiestnite držadlá, ktoré napomôžu udržať stabilitu a zabrániť pádom. Ak aj napriek týmto opatreniam vznikajú častejšie pády, treba špeciálnymi krytmi prekryť ostré hrany stolov či skriň. Pri výraznejších pohybových ťažkostiach je vhodné nainštalovať signalizačné zariadenie, ktorým je pacient schopný oznámiť, že spadol alebo sa nemôže postaviť.
- Veľmi dôležité je dobré osvetlenie izieb, chodieb, predsieni, WC. Najmä v noci vzniká mnoho pádov spôsobených zlým svetlom a nedostatočným priestorom na chôdzu.
- Je nevyhnutné dbať na stále a bezpečné uloženie vecí bežnej dennej potreby (čaj, káva, cukor, chlieb atď.) na ľahko dostupných miestach. Elektrické prístroje treba nainštalovať na také miesta, kde im nehrozí poliatie. Rovnaký pozor treba dávať na manipuláciu s horúcou vodou.
- Vhodný výber oblečenia, nahradenie malých gombíkov zipsom, nosiť tričká s dlhým rukávom namiesto košiel. Topánky by mali byť na pevných nešmykľavých podrážkach a bez šnúrok.

Všeobecné rady pre rodinných príslušníkov

- Podporovať sebestačnosť pacienta a pomáhať len v prípade jasnej neschopnosti výkonu od pacienta
- Neponáhľať sa, rešpektovať potrebu väčšieho množstva času

- na jednotlivé výkony (stres vždy zhorší pohybové aktivity)
- Prispôbiť denný režim možnostiam pacienta
- Nevyraďovať pacienta a seba zo spoločenského života
- Neznevažovať ťažkosti pacienta, ale byť si vedomý toho, že nadmerný súcit pacienta oslabuje a vŕhá do pasivity.

Každý partner chronicky chorého človeka by si mal uvedomiť, že má právo aj sám na seba. Negatívne emócie sú neoddeliteľnou súčasťou akceptovania a pomoci a netreba mať za to pocit viny.

Niekoľko vecí, na ktoré nesmieme zabúdať

- Nedovoľte, aby ochorenie bolo stále stredobodom vašej pozornosti.
- Prijmite pomoc od svojich blízkych, priateľov. Požiadajte sami o pomoc ostatných členov rodiny, priateľov
- Odmeňte sa občas za prácu, ktorú vykonávate pri ošetrovaní svojho blízkeho. Doprajte si dostatok času na vlastnú relaxáciu a záľuby. Pozitívne myslenie vám uľahčí život.
- Priebežne sa vzdelávajte v tejto oblasti. Dostatok vedomostí o ochorení vášho blízkeho vám umožní starať sa o neho efektívnejšie.
- Kontaktujte sa s ľuďmi, ktorí majú podobné problémy ako vy. Poznanie, že nie ste sami, vám môže pomôcť prekonávať ťažkosti ľahšie.

Veľký a nezastupiteľný význam tak ako pre chorých, pre ich rodiny, ale aj pre všetkých občanov našej republiky má Spoločnosť parkinsonikov Slovenskej republiky.

Spoločnosť je dobrovoľné a otvorené združenie fyzických a právnických osôb a to najmä pacientov a ich príbuzných, ošetrovateľov a odborníkov-lekárov, farmaceutov a terapeutov.

(Poznámka: Kontakt na spoločnosť nájdete na konci článku.)

ŠTYRI FÁZY V ŽIVOTE PACIENTA S PARKINSONOVOU CHOROBOU

Parkinsonova choroba je nevyliciteľné, progradujúce (zhoršuje sa s časom), invalidizujúce ochorenie s pomalým vývojom. Pacient prechádza štyrmi vývojovými fázami, ich dĺžka a prejavy sú veľmi individuálne a líšia sa od jednotlivca. Základný stav ochorenia jedného pacienta je neporovnateľný so stavom ostatných pacientov – Parkinsonova choroba je veľmi individuálna. Avšak dobrá psychika a aktivita v živote pacienta má veľký vplyv na jeho celkovú dobrú kondíciu.

1. FÁZA zahŕňa prvé príznaky, zistenie a hlásenie diagnózy a prvé roky života pacienta s ochorením. Je to adaptačná fáza, ktorá je veľmi intenzívna z emočného hľadiska. Zánik buniek začína už dávno predtým, než sa objavia prvé typické motorické príznaky choroby. Pacient si začína uvedomovať, že je viac unavený, pracovná výkonnosť sa znižuje, je spomalený, ak dostane napr. chrípku, trvá dlho, než sa z nej vylieči. Pacienta tiež môže začať bolieť rameno alebo ruka, má v nich pocit tuhnutia, prípadne sa mu zle chodí, nohou zakopáva alebo ju má stuhnutejšiu. Choroba sa môže prejavíť aj nemotornosťou ruky, nevie si zapnúť gombíky alebo má problémy s písaním. Diagnózu Parkinsonovej choroby je možné určiť až po prvéch príznakoch a poruchách hybnosti.

2. FÁZA pripomína klud po búrke. Život sa vďaka liečbe vracia do pôvodných kolají. Lieky zmiernili príznaky, pacient si zvykol na fakt, že trpí Parkinsonovou chorobou. Je to fáza vyrovnanosti. Postupne oznamuje tieto skutočnosti priateľom, známym a v zamestnaní. Bežný život nemusí byť obmedzený, ani voľnočasové, ani pracovné aktivity.

V 3. FÁZE sa začínajú objavovať fluktuácie pohybu a zmeny v stave pacienta. Dochádza aj k výkyvom účinkov liekov. Fluktuácie sú charakterizované zmenou stavov hybnosti. Do tohto času bolo možné chorobu zahrnúť do života a vyrovnáť sa s ňou. Teraz získava choroba prevahu a nestabilita v pohyboch komplikuje každodenný život.

4. FÁZA je fázou útoku. Choroba zaberá všetko miesto v živote pacienta. Nastupujú poruchy, ktoré majú značný vplyv na každodenný život pacienta a jeho blízkych. Závislosť pacienta na vonkajšej pomoci rastie.

Uvedené štyri fázy prebiehajú u každého pacienta individuálne, v iných časových úsekoch a príznaky môžu byť rôzne kombinované.

CVIČENIA PRE ĽUDÍ S PARKINSONOVOU CHOROBOU

To, že má pacient Parkinsonovu chorobu, neznamená, že nemôže zostať naďalej aktívny. Opak je v skutočnosti pravdou. Fyzické aktivity ako strečing, precvičovanie správneho držania tela a vykonávanie osobitných cvičení by sa mali stať hlavnou súčasťou každodenného života.

Strečingové cvičenia

Strečing je dôležitý pre zmiernenie vplyvu svalovej stuhnutosti a pomôže dosiahnuť väčší rozsah pohybov. Nedovoľte, aby sa u vás rozvinulo nesprávne držanie tela. Pri cvičeniach sval napnite a následne ho uvoľnite. Umožnite tým, aby sa vaše svaly postupne naťahovali. Vyberte si primerané cviky, podľa vlastného uváženia. Dbajte na svoju bezpečnosť.

- Naťahujte sa pomaly a tak, aby ste nerobili trhavé alebo kmitavé pohyby.
- Zotrvajte v polohe, v ktorej je sval napnutý tak, aby to pre vás bolo pohodlné a zároveň dostatočne dlho na to, aby sa vaše svaly uvoľnili.
- Cieľom je, aby ste cítili príjemný tlak – vyhnite sa pocitu bolesti.
- Dýchajte prirodzene – dych nezadržujte.

Cvik 1

Posaďte sa vzpriamene na okraj stoličky. Vytočte ramená doprava. Siahnite si pravou rukou za seba a natiahnite ju k ľavému boku. Vytočte vašu hlavu ako aj telo. Uvoľnite svaly a zotrvaťte v tejto pozícii aspoň desať sekúnd. Budte vzpriamený. Cvik zopakujte aj na druhú stranu.

Cvik 2, verzia 1

Ak ste dostatočne vysoký, postavte sa do dverí a vyložte vaše ruky na zárubňu nad vašou hlavou. Majte ruky narovnané. Mierne sa nahnite dopredu. Vo vašich ramenách a hrudníku by ste mali cítiť mierne napätie. Neprepínajte sa! Zotrvaťte v tejto pozícii aspoň desať sekúnd.

Cvik 2, verzia 2

Postavte sa tvárou k stene, pričom vaše nohy majú byť vo vzdialenosti asi 30 centimetrov od steny. Vyložte vaše ruky na stenu tak vysoko, ako sa len dá. Vaša hlava má byť v jednej rovine s chrbtom. Mierne sa nahnite dopredu tak, aby sa váš nos dotkol steny. Neohýbajte chrbát. Vo vašich ramenách a hrudníku by ste mali cítiť mierne napätie. Zotrvaťte v tejto pozícii aspoň desať sekúnd. Ak je to pre vás príliš jednoduché, odšúpte jeden krok od steny a skúste to z tejto pozície.

Cvik 3

Postavte sa pravým bokom do otvorených dverí. Zohnite pravú ruku. Položte vašu dlaň a predlaktie na zárubňu, ktorá je vedľa vás. Mierne vytočte celé telo doľava. Vo vašom pravom ramene by ste mali cítiť napätie. Neprepínajte sa! Uvoľnite svaly v ramene. Zotrvaťte v tejto pozícii aspoň desať sekúnd. Cvik zopakujte na druhú stranu.

Cvik 4

Posaďte sa vzpriamene na stoličku, vedľa steny po vašej ľavej strane. Pravú ruku ohnite ponad vašu hlavu a pomaly dočahujte smerom k stene naľavo. Telo nenakláňajte. Nenahýbajte sa dopredu. V svaloch na pravej strane by ste mali cítiť napätie. Zotrvaťte v tejto pozícii aspoň desať sekúnd. Zopakujte aj na druhú stranu.

Cvik 5, verzia 1

Postavte sa tvárou k stene alebo sa držte operadla stoličky. Kvôli rovnováhe si položte ruky na stenu. Posuňte ľavú nohu v pohodlnej vzdialenosti za pravú nohu. Narovnajete vašu ľavú nohu a mierne

ohnite pravé koleno tak, že sa nakláňate dopredu. V ľavej päte a lýtku by ste mali cítiť napätie. Zotrvaťte v tejto pozícii aspoň desať sekúnd. Cvik zopakujte aj s druhou nohou.

Cvik 5, verzia 2

Posaďte sa na okraj stoličky. Posuňte pravú nohu pod stoličku tak, aby päta bola mierne nadvihnutá. Položte ruky na pravé koleno a zatlačte na nohu tak, aby sa päta dotkla podlahy. Uvoľnite vaše lýtkové svaly. V ľavej päte a lýtku by ste mali cítiť napätie. Zotrvaťte v tejto pozícii aspoň desať sekúnd. Zopakujte aj s druhou nohou.

Cvik 6

Lahnite si na chrbát na pevný vyvýšený podklad. Nechajte jednu nohu z jednej strany voľne visieť. Tlačte chrbát rovno na tvrdú podložku. Uvoľnite visiacu nohu od kolena nadol. V prednej časti bokov by ste mali cítiť mierne napätie. Uvoľnite vaše bedrové svaly. Zotrvaťte v tejto pozícii aspoň desať sekúnd. Zopakujte aj s druhou nohou.

Materiál je spracovaný podľa podkladov Kanadskej spoločnosti parkinsonikov <http://www.parkinson.ca>

Pravidelnosť pri cvičení je dôležitá

Kľúčom k správnej rehabilitácii je predovšetkým každodenné, pravidelné domáce cvičenie. Každé cvičenie pritom môže byť len celkom krátke – 10 až 15 minút. Dôležité je hneď druhý deň na cvičenie nezabudnúť, alebo ho neodkladať na zajtra, na večer, na inokedy... Hlavné oblasti, ktoré sa snažíme rehabilitáciou ovplyvniť, je spomalenosť pohybov, stuhnutosť tela, tras, neobratnosť, únava a nestabilita stoja a chôdze. Pritom obvykle tras nespôsobuje pacientom také ťažkosti, že by sa na ne bežne sťažovali. Zato stuhnutosť a spomalenosť pohybov patria medzi výzvy, s ktorými treba denne bojovať a ich ovplyvnenie cvičením patrí k veľkým víťazstvám každého parkinsonika.

Nácvik obratnosti rúk

Na túto oblasť je najvhodnejšie využiť akékoľvek loptové hry, alebo aj jednoduchšie ručné práce. V počiatočných štádiách ochorenia je vhodné čo najviac zachovávať telesné cvičenie, pri ktorom ruky intenzívne pracujú – napr. hádzanie a chytanie lopty, frisbee (lietajúci tanier), petanque. V pokročilých štádiách, keď je pohyb rúk už značne obmedzený, je vhodné trénovať napr. posúvanie žetónov alebo mincí po vopred nakreslenej dráhe alebo ich úchop do ruky a presun na iné miesto. Takisto historické detské hračky či skladačky majú prekvapujúci efekt – ako dospelí sme si odvykli skladať Lego alebo Merkúr, no práve tieto hry nám ako deťom priniesli potrebnú zručnosť. Preto sa netreba hanbiť využiť ich aj v dospelosti!

Nácvik chôdze a obratnosti v stoji

Väčšina parkinsonikov má ako kľúčovú potrebu pre zachovanie sebestačnosti práve chôdzu. Pritom nestabilita, neobratnosť chôdze alebo riziko pádov spôsobuje obavy, neistotu a následnú sociálnu izoláciu („nepôjdem von, lebo čo ak spadnem“). Na nácvik obratnosti chôdze je najlepšie využiť rytmus. Tento rytmus môže byť zvukový alebo obrazový – skutočný alebo len myslený. Pri začatí chôdze (vykročení) je vhodné odpočítať si samotný úkon (raz, dva, tri, teraz...), alebo rytmicky počítať kroky (ľavá, pravá, ľavá, pravá). Podobne je možné využiť napr. rytmickú hudbu z rádia alebo použiť walkman (MP3 apod.). Mozog vníma tieto rytmické signály a dokáže prekvapujúco zlepšiť chôdzu (ktorá má jasne rytmický charakter). Ako vizu-

álnu rytmickú stimuláciu je možné využiť akúkoľvek podlahu s pravidelným vzorom (ideálne sú pásiky alebo štvorce so vzdialenosťou čiar 30-40 cm), teda koberce, dlažbu apod. Pritom je však nutné dať pozor na nešmykľavý povrch! Keď sa podarí zlepšiť samotnú chôdzu, treba sa zamerať na vstávanie zo sedu, otočenie sa na mieste alebo náhle zmeny smeru – tu je podobne možné využiť rytmus (napr. si prestaviť, že vnútorné hodiny v hlave sú pokazené a tak treba dať mozgu rytmus zvonku – obligátne „tri-štyri“ môže prekvapujúco dobre pomôcť a mnohí pacienti dokážu náhle poruchy hybnosti zvládnuť práve takýmto vnútorným metronómom (v duchu si počítajú alebo sa „odštartujú“ na každý nutný pohyb).

Rečové cvičenia pri parkinsonizme

Hlas a reč je u niektorých pacientov prvým príznakom ochorenia. V pokročilejších štádiách je narušená takmer u všetkých pacientov. Odborne sa tichšia, menej zreteľná alebo menej obratná reč u parkinsonikov označuje ako hypokinetická dysartria. „Obratnosť“ jazyka je vhodné cvičiť denno-denne. Treba sa zamerať najmä na rozprávanie alebo hlasné čítanie dlhších úsekov textu. Nejde pritom ani tak o „recitáciu“ alebo básnický prednes, pomáha napríklad prečítať text vyšším a nižším hlasom, trénovať hlasový rozsah (dlhé samohlásky trénovať od najhlbšieho hlasu až po najvyšší) a taktiež striedať čítanie a rozprávanie pomalšie a rýchlejšie - tieto cviky pomôžu nielen urobiť reč zreteľnejšou, no odstraňujú i „robotický“ nádych parkinsonského hlasu (tzv. aprozódiiu).

Rehabilitácia reči

Súčasťou rečovej rehabilitácie sú i dychové cvičenia - reč je u parkinsonikov totiž často tichá nie kvôli poruche v hlasových ústrojoch, ale pre stuhnutosť medzirebrových svalov tvoriacich výdych. Tréning vo fúkaní balónika, odfúknutí pingpongovej loptičky na vode alebo zhášaní sviečky (postupne stále vzdialenejšej od pacienta) pri-

nesie okrem zlepšenej dychovej kondície i trochu zábavy.

Muzikoterapia

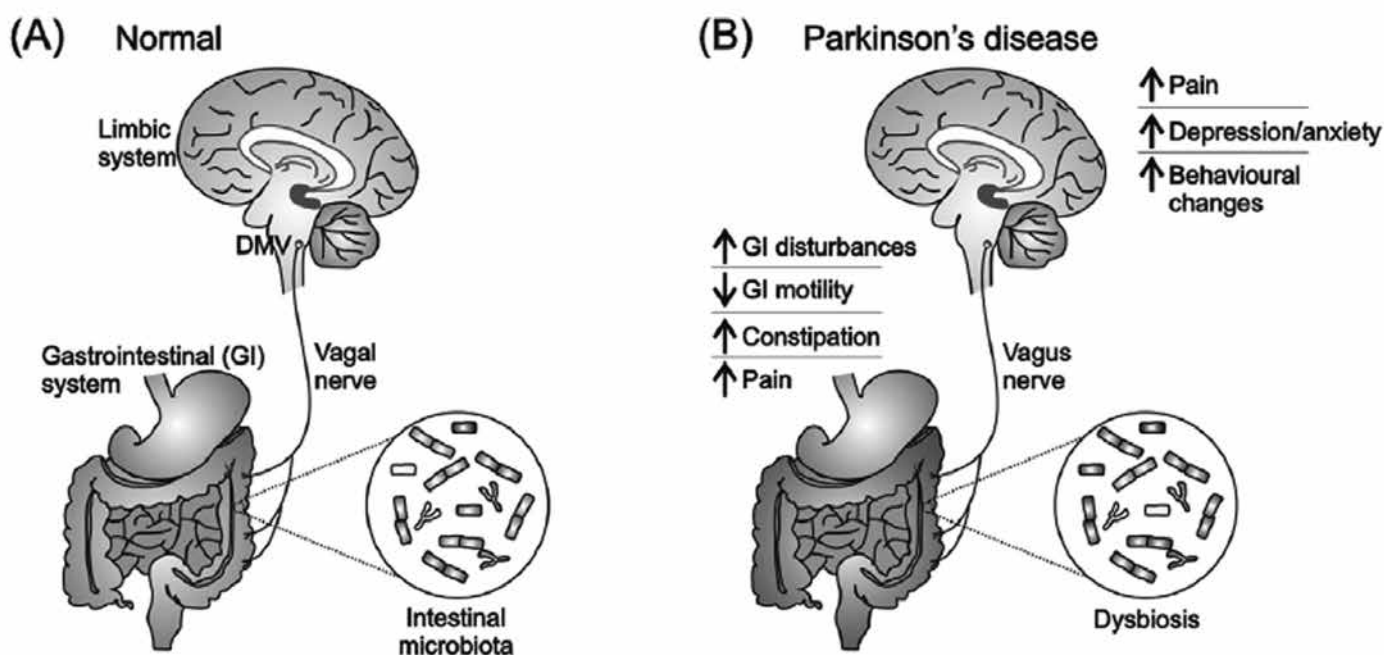
Okrem tréningu rozprávania je vhodné „trénovať“ aj spev, teda občas si zaspievať. Spev výrazne ovplyvňuje rečový a hlasový prejav. Pod muzikoterapiou však nenájdeme len spev, ale tiež počúvanie hudby a tanec resp. rytmický pohyb na hudbu. Hudba parkinsonikom svojim rytmom môže dodávať potrebný impulz (na začiatok pohybu alebo na pravidelnosť rytmických pohybov - napr. chôdzu). Preto môže byť hudba stálou súčasťou života parkinsonika (a oproti iným druhom rehabilitácie za ňu netreba denne platiť).

Ergoterapia

Liečba prácou má v prípade ergoterapie iný význam než fyzická alebo duševná práca v zamestnaní. Jej náplňou sú špeciálne vybrané činnosti, aby sa ich vykonávaním u pacienta trénovali práve problematické pohyby alebo zručnosti. Cieľom je nielen zlepšovať sa tréningom, ale tiež uvedomiť si proces vykonávania a tak zlepšiť vlastnú kontrolu všetkých trénovaných činností.

Balneoterapia

Kúpeľná liečba môže taktiež významne pomáhať v zlepšení pohybových a výkonnostných schopností parkinsonikov. Parkinsonova choroba je zaradená podľa platných zákonov o zdravotnom poistení do tzv. zoznamu diagnóz typu B, t.j. pri týchto ochoreniach zdravotná poisťovňa prepláca len liečebné procedúry a rehabilitačné výkony. Znamená to, že pri kúpeľnej liečbe si pacient musí platiť ubytovanie a stravu v kúpeľoch. Pri súčasných cenách ubytovania a výške dôchodkov a sociálnych dávok pacientov je teda prístup ku kúpeľnej liečbe dosť obmedzený. No vždy je možnosť dochádzať z miesta bydliska do najbližších kúpeľov napr. na víkendové pobyty alebo ambulantne (teda len na samotnú procedúru).



Credit: Felice VD et al./Parkinsonism Relat Disord 2016

SÚVISIACE OCHORENIA PARKINSONOVEJ CHOROBY

Parkinsonova choroba - diferenciálna diagnóza

Podľa výsledkov štatistického sledovania a skúseností z klinickej praxe je táto choroba celkovo „poddiagnostikovaná“, zriedkavé však nie je ani chybná diagnóza Parkinsonovej choroby u osôb trpiacich inými telesnými alebo psychickými ochoreniami. Oba typy omylov sú spojené s rizikom poškodenia zdravotného stavu pacienta. Príčinou je podobnosť základných klinických prejavov Parkinsonovej choroby s prejavmi iných ochorení, podcenenie ich výskytu u osôb vo vyššom veku a vo včasných štádiách neúplný obraz s mnohými hraničnými prejavmi.

Význam včasnej diagnostiky Parkinsonovej choroby je okrem zamedzenia užívania neúčinných preparátov so všetkými dôsledkami, hlavne v možnosti včasného správneho postupu liečby.

Najčastejším omylom v diagnóze Parkinsonovej choroby je to, že sa každý druh trasu pokladá za „parkinsonský“ tras.

Esenciálny tremor: najčastejšia chorobná jednotka s klinicky dominantným prejavom trasu. Vyskytuje sa často už od mladšieho veku najmä pri psychickej záťaži, ale tiež v neskoršom veku ako tzv. senilný tras. Objavuje sa pri udržiavaní polohy končatiny a pri aktívnej činnosti, ktorú často ruší (neschopnosť napiť sa z pohára, trafiť sústo do úst...), v úplnom pokoji sa tlmí. Prejavuje sa okrem trasu končatín aj trasom hlavy. Na rozdiel od Parkinsonovej choroby nebýva sprevádzaný inými príznakmi. Dôležitým rozlišovacím príznakom je reakcia na liečbu – esenciálny tras sa dá pozitívne ovplyvniť alkoholom a betablokátormi (skupina liečiv na liečbu vysokého krvného tlaku).

Depresia: spoločný výskyt Parkinsonovej choroby

a depresie je veľmi častý, najmenej 50% chorých prekoná v priebehu ochorenia depresívnu epizódu. I samotná depresívna epizóda však môže byť mylne považovaná za Parkinsonovu chorobu na základe mnohých črt – spomalené psychomotorické tempo, spomalenie pohybov, znížená spontaneita môžu byť hodnotené ako hypokinéza s hypomímiou a rigiditou. Diagnostický význam má ústup prejavov po nasadení terapie antidepresívami.

Vaskulárna (aterosklerotická) encefalopatia: mnohé príznaky vaskulárnej encefalopatie (celková spomalenosť, zvýšenie svalového napätia, poruchy chôdze, poruchy močenia) spôsobené zmenami mozgového tkaniva pri poruchách prekrvenia diagnózu Parkinsonovu chorobu mylne evokujú. Nenastáva však ovplyvnenie antiparkinsonskou liečbou. Skutočný výskyt je však relatívne nízky. Príznaky pri Parkinsonovej chorobe môžu byť výrazne zhoršené niektorými vazoaktívne a nootropne pôsobiacimi látkami. Určenie správnej diagnózy má kľúčový význam z hľadiska účinnej liečby.

Vertebrogénne a reumatologické ochorenia: vo včasnom štádiu sa môže Parkinsonova choroba prejavovať súborom nešpecifických ťažkostí, ktoré sú až v neskoršom priebehu choroby potlačené do úzadia pribúdaním typických dominujúcich príznakov ako tras, rigidita, hypokinéza. Tieto nešpecifické príznaky ako bolesti v oblasti chrbtice, únavnosť, malátnosť, strata výkonnosti, pocit ťažkých olovených končatín sú často diagnostikované a liečené ako vertebrogénne (ortopedické) syndrómy alebo reumatické ochorenia kĺbov bez výraznejšieho efektu antireumatickej liečby.

HISTÓRIA PARKINSONOVEJ CHOROBY

Prvýkrát ochorenie popísal v roku 1817 londýnsky praktický lekár James Parkinson (1755-1824), vo svojej práci *An Essay on the Shaking Palsy* o „traslavej obrne“, kde presne opísal jej príznaky, no neobjavil chorobu ako takú. Bol iba prvý, ktorý dal do súvislosti tieto príznaky a svoje poznatky publikoval v odbornej literatúre. Podľa neho bola choroba neskôr pomenovaná. Muž, ktorého meno nesie, však počas svojho života slávny nebol.

Už v starých indických eposoch (asi 2500 rokov p.n.l.) ako aj v spisoch Hippokrata, Galena, DaVinciho a iných klasikov starovekej a stredovekej medicíny sú popísané niektoré príznaky, charakteristické pre Par-

kinsonovu chorobu.

V roku 1867 Charcot a Ordenstein začali liečiť toto ochorenie extraktom z ľuľkovca zlomocného.

V roku 1868 Leopold Ordenstein pod patronátom Jean-Martin Charcota v Paríži publikoval svoju dizerťatnú prácu, v ktorej prvýkrát sa jasne rozlíšila na základe klinických a patologických údajov roztrúsená skleróza od Parkinsonovej choroby a odvtedy sa považujú za dva samostatné druhy ochorení.

V roku 1911 Casimir Funk v Londýne prvýkrát syntetizoval L-DoPA (skratka všeobecne používaná dnes pre aminokyselinu dioxifynylalanín), ktorá sa až o 50 rokov neskôr začala používať a dodnes je „zlatým

štandardom“ v liečbe Parkinsonovej choroby.

V roku 1913 neurológ Frederick H. Lewy, počas svojho pôsobenia v laboratóriách Dr. Aloisa Alzheimer, popísal v mozgoch pacientov, ktorí zomreli na Parkinsonovu chorobu, mikroskopické častice, ktoré dostali podľa neho pomenovanie Lewyho telieska.

V roku 1961 ako prví neurológovia W. Birkmayer a A. Barbeau úspešne použili pri liečbe Parkinsonovej choroby chemickú látku L-Dopa, ktorá bola prvýkrát synteticky pripravená C. Funkom už v roku 1911.

V roku 1994 profesori Barry Halliwell a Andrew Jenner z kráľovskej vysokej školy v Londýne prví predpokladali, že neurodegeneratívne choroby, ale najmä Parkinsonova



choroba, sú následkom oxidačného stresu.

Od roku 1997 je 11. apríl stanovený ako Svetový deň Parkinsonovej choroby.

Mesačne vedci uverejňujú desiatky článkov o Parkinsonovej chorobe po celom svete. V nich hľadajú jej príčiny, snažia sa zlepšiť liečbu, rozmyšľajú, ako by sa jej dalo predísť. Do lúštenia tejto záhady sa zapojil aj bývalý kalifornský guvernér Arnold Schwarzenegger, ktorý podporil založenie najväčšieho registra parkinsonikov na svete.

Užitočný kontakt

Spoločnosť Parkinson Slovensko

Čingovská 9

040 12 Košice – Nad Jazerom

<http://parkinson-net.sk>

<http://parkinson-net.sk/reg-kluby/>

SPOLOČNOSŤ PARKINSON SLOVENSKO

je humanitárne občianske združenie s celoštátnou pôsobnosťou. Združuje občanov postihnutých Parkinsonovou chorobou, ich rodinných príslušníkov, odborníkov a sympatizantov. Vzniklo z iniciatívy pacientov postihnutých Parkinsonovou chorobou v roku 2009, v súčasnosti združuje 11 regionálnych klubov po celom Slovensku.

Do povedomia verejnosti sa združenie dostáva rôznymi akciami, napr. z príležitosti Svetového dňa Parkinsonovej choroby organizuje už tradičný výstup na Pustý hrad, predstavitelia združenia vystupujú v diskusných reláciách v televízii, rozhlase a stretávajú sa s politikmi.

Členovia združenia sa úspešne zúčastňujú rôznych

športových podujatí doma aj v zahraničí, čím ukazujú aj ostatným parkinsonikom, že pohyb je pre nich veľmi dôležitý.

Cieľom združenia je pomáhať parkinsonikom prekonávať a kompenzovať dôsledky ich postihnutia, pomáhať prekonávať psychické bariéry, poskytovať informácie a poradenstvo, stretávať sa a nadväzovať kontakty v regionálnych kluboch, rozvíjať športové pohybové aktivity. Byť istotou pre členov, že sa majú na koho obrátiť so svojimi problémami, lebo združenie spolupracuje s odborníkmi lekármi, farmaceutmi, osobnosťami zo sociálnej sféry – sociálna poisťovňa, ministerstvo práce, zdravotné poisťovne, atď.

Internetové domáce zdroje:

- Spoločnosť Parkinson Slovensko <http://parkinson-net.sk>

Portály o Parkinsonovej chorobe:

- <http://www.parkinson.sk>
- <http://www.parkinsonovachoroba.eu>

Internetové zahraničné zdroje:

- European Parkinson's Disease Association www.epda.eu.com
- Deutsche Parkinson Vereinigung www.parkinson-vereinigung.de
- Parkinson Canada <http://www.parkinson.ca>
- National Parkinson Foundation www.parkinson.org
- American Parkinson's Disease Association www.apdaparkinson.org
- Parkinson's Disease Foundation www.pdf.org
- Worldwide education and Awareness for Movement disorders www.wemove.org
- Michael J.Fox Foundation for Parkinson's Research www.michaeljfox.org
- US Mirapex website: www.mirapex.com



SLOVNÍK PARKINSONOVEJ CHOROBY

Amantadín

liek, ktorý sa používa ako doplnok liečby levodopou, môže priaznivo ovplyvniť niektoré komplikácie v súvislosti s liečbou

Ataxia

porucha koordinácie pohybov a porucha rovnováhy

Bradykinézia

spomalenie pohybov

Bazálne gangliá

nervové štruktúry v hlbokých častiach mozgu, ktoré sa podieľajú na riadení a regulácii pohybov

Chorea

mimovoľné, vedomím neovládateľné, nepravidelné, zväčša krúživé pohyby tela

COMT inhibítory

látky, ktoré ak sa podávajú spolu s levodopou, zvyšujú a predlžujú jej účinnosť v mozgu

Demencia

duševná choroba prejavujúca sa zhoršením pamäte a rozumových schopností v dôsledku degeneratívnych zmien v mozgovom tkanive

Dopamín

Neurotransmitter - látka, ktorá pomáha prenášať informácie medzi nervovými bunkami. Pri Parkinsonovej chorobe je v mozgu nedostatok dopamínu.

Dopaminergická stimulácia

liečebná metóda, pri ktorej dodávame potrebné množstvo dopamínu

Dopaminové agonisty

látky, ktoré sa používajú ako náhrada levodopy (dopamínu), pôsobia na dopaminových receptoroch podobne ako dopamín

Dyskinéza

Porucha normálnych pohybov. Súvisí s antiparkinsonickou liečbou. Pacient v dôsledku liečby vykazuje abnormálne pohyby.

Dystónia

Nedobrovoľný pohyb s abnormálnym (zvýšeným alebo zníženým) svalovým napätím, je prí-

tomné abnormálne držanie tela alebo jeho častí. Je súčasťou viacerých ochorení centrálného nervového systému; môže vzniknúť aj v dôsledku liečby a často býva spojená s bolesťou.

Esenciálny tremor

Ochorenie, pri ktorom dominuje akčný tras končatín alebo hlavy (t.j. tras sa zväčša najmä pri činnosti). Často sa zamieňa za Parkinsonovu chorobu.

Extrapyramídový systém

systém, ktorý je zodpovedný za udržanie svalového napätia a vykonávanie automatických pohybov

Freezing

zamrznutie - krátkodobá prechodná neschopnosť pohybu

Halucinácie

nereálne vnemy (zrakové, sluchové, čuchové a iné), ktoré nie sú spôsobené vonkajšími podnetmi ale porušenou funkciou mozgu, môžu súvisieť aj s liečbou

Hĺbková mozgová stimulácia

Neurochirurgická metóda, pri ktorej sa zavádzajú elektródy do hlbších štruktúr - jadier v mozgu. Pomocou elektród sú vysielané elektrické impulzy, ktoré stimulujú a zlepšujú pohyblivosť pacienta.

Hypomímia

zníženie mimickej pohyblivosti tváre

Idiopatický

ochorenie, u ktorého nie je známa príčina

Inkontinencia

unikanie moču alebo stolice

Karbidopa

látka, ktorá blokuje metabolizmus (účinnok) levodopy v tele mimo mozgu - znižuje periférne nežiaduce účinky

Kontinuálna liečba

liečebná metóda, pri ktorej liečivo do organizmu (krvi) pacienta dodávame v rovnomerných, vyrovnaných dávkach (napr. pomocou pumpy),

Kognitívny deficit

deficit vedomostných a poznávacích funkcií

Levodopa

liečivo, ktoré sa v ľudskom organizme mení na dopamín

Motorické poruchy

zhoršenie pohyblivosti

Neurodegenerácia

poškodenie nervových štruktúr s následkom poškodenia neurologických funkcií

Neurón

nervová bunka, ktorá vytvára a prenáša vzruchy

Neurotransmitery

chemické látky, pomocou ktorých si nervové bunky prenášajú informácie

„On-off“

Stavy, ktoré zapríčiňujú striedanie pohyblivosti. Objavujú sa napriek liečbe v súvislosti s postupom ochorenia.

„On“ fáza

fáza, počas ktorej liečba dobre zaberá, parkinsonik je dobre pohyblivý

„Off“ fáza

fáza, počas ktorej liečba nezaberá, zhorší sa pohyblivosť a zväčša sa príznaky ochorenia

Posturálna instabilita

poruchy udržiavania vzpriameného postoja a rovnováhy

Rigidita

stuhnutosť svalov a zvýšenie napätia vo svaloch, pričom svaly kladú zvýšený odpor pri pasívnom pohybe

Tras

Pravidelné rytmické pohyby častí tela, najčastejšie rúk a hlavy. U pacientov s Parkinsonovou chorobou býva prítomný v pokoji a zvyčajne pri činnosti mizne.

„Wearing off“ efekt

Vyprchávanie účinku dávky lieku pred užitím ďalšej dávky. V dôsledku tohto efektu vzniká potreba skracovať intervaly medzi jednotlivými dávkami lieku a navyšovať frekvenciu jeho podávania.

Prílohu pripravil: Ing. Maroš Silný