

Boala Parkinson

Ce trebuie știut despre această boală și despre terapia recomandată, cu informații folositoare pentru bolnavi și aparținători

Ce înseamnă de fapt „Parkinson”?

Boala Parkinson a fost numită după medicul și farmacistul englez James Parkinson, care a descris în detaliu simptomele specifice bolii în 1817. Pentru că James Parkinson a constatat un tremor vizibil al mâinilor la pacienții săi, a descris boala ca „paralizie spastică”. Între timp s-a descoperit că tremuratul („tremorul”) nu este prezent la toți pacienții cu boala Parkinson. Numai tremorul de repaus, adică tremuratul membrelor relaxate, reprezintă simptome ale bolii Parkinson, în timp ce alte forme de tremurat au de obicei alte cauze. Caracteristice pentru boala Parkinson sunt o încetinire progresivă a mișcărilor („bradikinezie”) și o rigiditate a membrelor. Puteți găsi o descriere mai exactă a simptomelor în capitolul: „Ce semne ale bolii (simptome) sunt specifice?”.

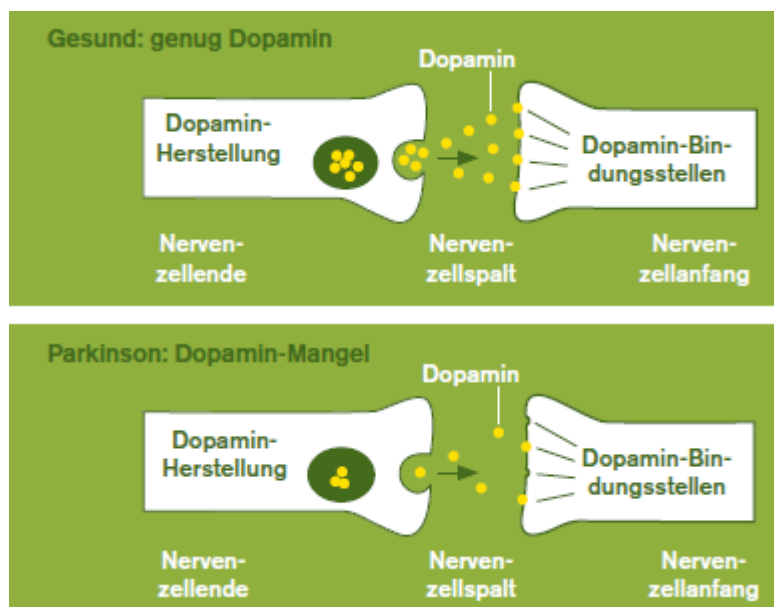


Figura 1:

Zona de conexiune a două celule nervoase din creier cu suficientă dopamină la o persoană sănătoasă (sus), cât și deficitul de dopamină la bolnavii de Parkinson (jos; reprezentare schematică).

Cum apare boala Parkinson?

Boala Parkinson apare în urma dispariției celulelor nervoase dintr-o mică regiune a creierului. Această zonă se numește Substantia Nigra (română: substanța neagră). Aceasta conține celule care produc mesagerul chimic numit - dopamină, care este necesar pentru schimbul de informații dintre celulele creierului.

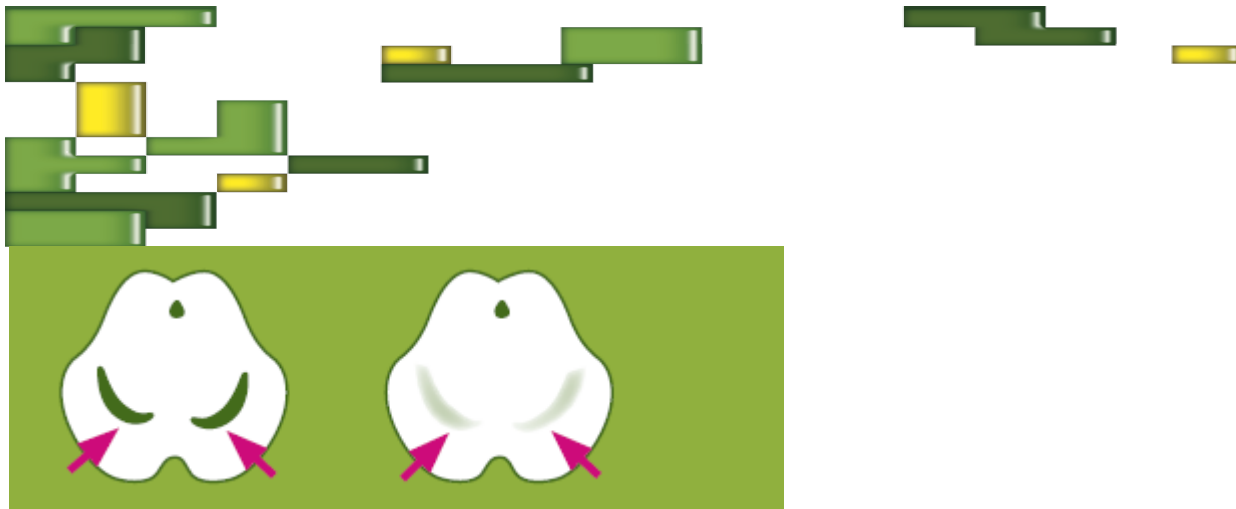


Figura 2:

Substanța neagră este ușor de recunoscut datorită culorii sale întunecate, prezentă la o persoană sănătoasă (stânga) și după culoarea ștersă, ca urmare a reducerii celulelor la un bolnav de Parkinson (dreapta)

Figură: Mehraein, Institutul de neuropatologie, LMU Munchen

Dacă, așa cum este cazul bolii Parkinson, se înregistrează o producție scăzută de dopamină, apar înrăutățiri ale mobilității și alte simptome (vezi figurile 1 și 3).

Cauza pentru care, la unele persoane, se ajunge la această dispariție a celulelor nervoase, și astfel la apariția bolii Parkinson, este încă insuficient explicată. Rezultatele actuale ale cercetărilor relevă că, în majoritatea cazurilor, cauza o reprezintă o corelare complicată a stărilor congenitale și a diverșilor factori de mediu.

Moștenirea directă este o excepție rară, astfel încât copiii pacienților cu Parkinson prezintă un risc foarte scăzut de a se îmbolnăvi. La debutul bolii la o vârstă foarte fragedă (înainte de 30 de ani) sau în cazul mai multor rude care suferă de Parkinson se poate face o consiliere genetică.

Cât de frecventă este boala Parkinson?

Boala Parkinson este una dintre cele mai frecvente boli neurologice la vârste înaintate, care afectează aproximativ între 100.000 și 250.000 de persoane în Germania și în jur de 70.000 de persoane în România. De cele mai multe ori, boala apare după vârsta de 55 de ani; în unele cazuri, ea poate debuta însă chiar înainte de vârsta de 40 de ani. Deoarece populația totală îmbătrânește, se presupune că și numărul celor afectați de boala Parkinson va crește în următoarele decenii.

Care sunt simptomele specifice bolii?

Următoarele simptome sunt caracteristice pentru boala Parkinson și sunt numite **simptome principale** sau „**cardinale**”. Recunoașterea acestor simptome este decisivă pentru diagnosticarea bolii Parkinson, pe care medicul o poate stabili deja pe baza consultației fizice.

1. Bradikinezia (reducerea mișcărilor, mișcări încetinite)

Prin aceasta se înțelege o încetinire a proceselor de mișcare. În acest termen se încadrează reducerea scalei mișcărilor, precum și dificultățile inițierii unei mișcări. Exemplele tipice de bradikinezie sunt micșorarea scrisului de mână, mersul încetinit, cu pași mici, reducerea mimicii și gesticii, precum și vorbirea înceată și monotună.

2. Rigiditatea mușchilor

Acest simptom se manifestă prin înțepenirea zonelor corporale afectate. Rigiditatea devine evidentă când brațul sau piciorul afectat sunt mișcate de către examinator. Câteodată, rigiditatea este asociată, în timpul îndoirii unei articulații a mâinii sau brațului, și cu așa-numitul fenomen al roții dințate. Îndoirea are loc sacadat, la fel cum se întâmplă când două roți dințate intră în contact una cu cealaltă și se angrenează în mod repetat (vezi figura 3).

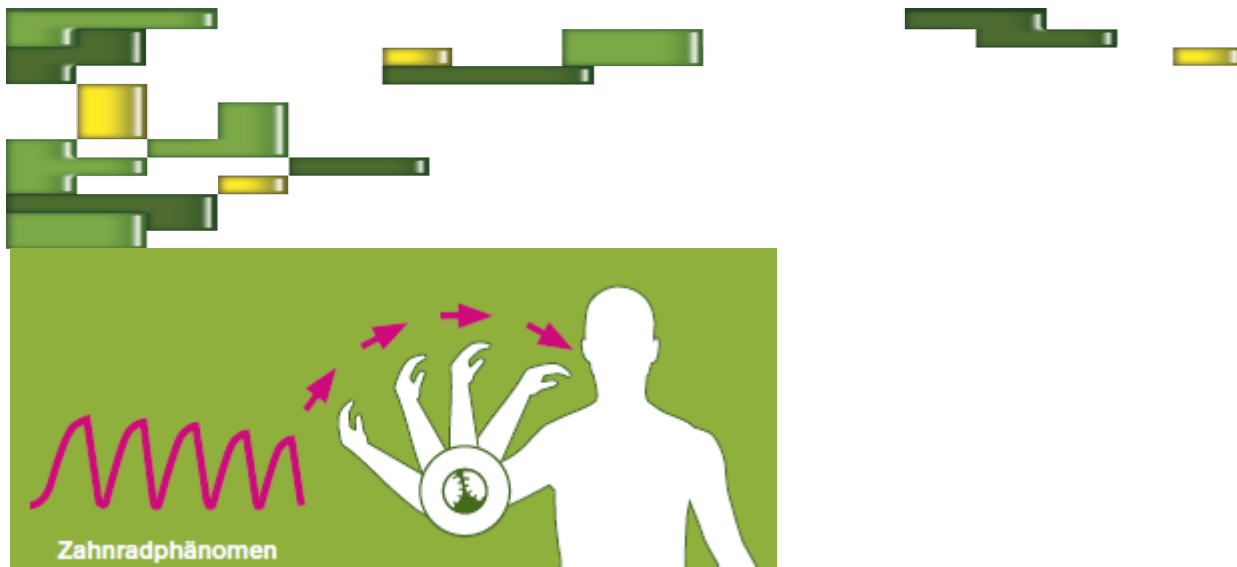


Figura 3:

Rigiditatea este asociată aici, în timpul îndoirii brațului, cu fenomenul de roată dințată

3. Tremor (tremuratul)

Tremorul este, la mulți pacienți, primul semn al bolii Parkinson, însă poate fi în întregime absent în cazul a până la 30 % dintre cei afectați. Tremuratul începe, de cele mai multe ori, unilateral la un braț sau la un picior, și se poate extinde apoi la celelalte membre.

Pentru boala Parkinson este tipic, spre deosebire de alte forme de tremor, faptul că tremuratul apare preponderent la membrele relaxate (de ex. mână, braț sau picior), în repaus, și mai puțin când se execută sau se menține o mișcare. Deseori, tremuratul nu poate fi eliminat complet cu ajutorul medicației.

4. Tulburările reflexelor de îndreptare a posturii

În mod normal, echilibrul nostru când stăm sau mergem este reglat prin reflexe, care se derulează în mare parte automat. În boala Parkinson apare o reducere a acestor reflexe, astfel încât persoanele afectate se află tot mai puțin în situația de „a-și reveni”, dacă se dezechilibrează. Multă mișcare și fizioterapie pot ajuta la asigurarea reglării echilibrului cât mai mult posibil.

Simptome asociate

Pe lângă tulburările de mobilitate, care reprezintă simptomele principale, în cazul bolii Parkinson pot interveni și alte simptome. Acestea apar, parțial, prin modificări ale metabolismului cerebral, și parțial prin reacțiile sufletești la îmbolnăvire, sau prin efectele asociate administrării de medicamente.

Simptomele asociate tipice fazei timpurii a bolii Parkinson sunt:

- Hiperhidroză accentuată
- Simțul redus al mirosului
- Pierderea determinării/lipsa motivației
- Tristețe/depresie
- Tulburări ale somnului
- Dureri, de ex. ale umerilor, picioarelor, spatelui

Aproape toate simptomele bolii Parkinson își pot modifica intensitatea pe parcursul unei zile. Aceasta depinde, pe de-o parte, de oscilațiile efectelor medicamentelor pe parcursul zilei, și pe de altă parte de influențarea afecțiunilor de către factorii psihici, de ex. anxietate, tensiune și stres. Nu rareori, persoanele afectate realizează că alte probleme de sănătate, cum ar fi răcelile sau infecțiile urinare pot agrava temporar simptomele Parkinson.

Cum se stabilește diagnosticul de boală Parkinson?

Diagnosticarea bolii Parkinson se realizează în primul rând printr-o interogare temeinică a pacientului și printr-o consultație fizică. În plus, poate fi efectuat și un așa-numit test cu apomorfina sau L-Dopa. O ameliorare a simptomelor în urma luării acestor medicamente susține diagnosticarea bolii Parkinson.



Dacă diagnosticul nu poate fi clarificat sigur, pot fi efectuate „analize imagistice”, care permit evaluarea structurii țesutului și a metabolismului cerebral. În boala Parkinson, structura țesutului, evaluată prin tomografie computerizată sau rezonanță magnetică, este normală. Prin așa-numita analiză SPECT, metabolizarea redusă a dopaminei, tipică bolii Parkinson, poate deveni vizibilă.

Cum decurge boala Parkinson?

Boala Parkinson este o boală progresivă, la care impactul lipsei de dopamină din creier poate fi atenuat prin medicamente. Terapia modernă a demonstrat că speranța de viață a pacienților cu boala Parkinson este aproape normală, și mulți dintre cei afectați pot duce mulți ani o viață independentă și împlinită.

Nu este posibilă o predicție sigură la debutul bolii cu privire la evoluția ulterioară a fiecărui caz în parte. Vârsta, alte boli și reacția la medicamente sunt factori care pot avea o influență asupra evoluției bolii. Consecințele care rezultă de aici pentru tratament sunt și ele tratate îndeaproape în capitolele următoare. Activitatea fizică, stimulii mentali și menținerea contactelor sociale îmbunătățesc premisele de a depăși urmările bolii.

Ce este un „sindrom” Parkinson în comparație cu boala Parkinson?

În boala Parkinson, simptomele menționate mai sus se bazează întotdeauna pe scăderea descrisă a celulelor cerebrale care produc dopamină (vezi Figura 2). Spre deosebire de aceasta, termenul de „sindrom” Parkinson înseamnă doar că pacientul prezintă simptome tipice pentru Parkinson (de ex. tremor sau mers lent, cu pași mici), fără a se specifica o cauză clară a acestor simptome. Această diferență este importantă, fiindcă medicamentele pentru boala Parkinson nu funcționează sau funcționează insuficient în cazul altor sindroame Parkinson. Următoarele sunt frecvente:

Sindrom Parkinson declanșat de medicamente

Cauza o reprezintă așa-numitele neuroleptice (psihofarmaceutice). Simptomele sunt foarte asemănătoare cu cele ale bolii Parkinson, însă după renunțarea la medicamentele declanșatoare dispar.

Sindrom Parkinson declanșat de irigarea sanguină cerebrală redusă

Pacienții afectați nu răspund de cele mai multe ori la medicația pentru Parkinson. Deseori, mersul este mai puternic afectat decât alte funcții. Simptomele asociate frecvente sunt nevoia acută de a urina și tulburările activității cerebrale.

Atrofia multisistemică (degradarea celulelor nervoase în diferite regiuni cerebrale)

Această formă de sindrom Parkinson este uneori dificil de recunoscut, din cauza similarității cu boala Parkinson, chiar și de către neurologi (specialiști în boli nervoase). O analiză imagistică poate ajuta la diagnosticare. Tipice pentru atrofia multisistemică sunt lipsa răspunsului la medicamente și progresul rapid al dizabilității.

Tremor esențial

Această boală este cea mai frecventă cauză a tremurului (tremorului). Spre deosebire de boala Parkinson, în cazul tremorului esențial nu există, de regulă, un tremurat al membrelor relaxate. Lipsesc și celelalte simptome tipice bolii Parkinson. În cazul tremorului esențial, ereditatea este frecventă.

Ce metode de tratament există în cazul bolii Parkinson?

Prin intermediul diverselor terapii existente în prezent, simptomele bolii Parkinson pot fi ameliorate. Terapia bolii Parkinson se împarte în trei categorii importante:

- 1. Terapie medicamentoasă**
- 2. Intervenție operativă**
- 3. Terapie fizică și prin exerciții**



1. Terapie medicamentoasă

Boala Parkinson necesită, în general, o medicație de durată. Medicamentele prescrise de medic pot diferi de la caz la caz, fiindcă terapia trebuie ajustată la problemele individuale. Pe lângă scopul ameliorării simptomelor, cu ajutorul selectării și dozării corecte a medicamentelor se dorește amânarea cât mai mult posibil a apariției complicațiilor ulterioare.

Pentru a echilibra lipsa de dopamină în creier din cadrul bolii Parkinson, pot fi administrate medicamente, la fel ca și în cazul diabetului, în care corpul nu mai produce suficientă insulină și aceasta este administrată sub formă de medicament. În boala Parkinson, dopamina lipsă nu poate fi administrată direct, deoarece aceasta nu poate trece așa-numita barieră hematoencefalică și astfel nu ajunge în creier. Există două posibilități de soluționare: administrarea precursorului dopaminei, L-Dopa, sau administrarea medicamentelor cu efect similar dopaminei. Astfel intră în discuție următoarele substanțe active sau grupe de substanțe active:

L-Dopa

Levodopa, pe scurt L-Dopa, a fost introdusă în 1961 în tratamentul bolii Parkinson, și a reprezentat atunci o ameliorare imensă a terapiei. În creier, L-Dopa este convertită în dopamină. Și astăzi, L-Dopa este cel mai eficient medicament, însă este combinat de obicei cu alte medicamente. L-Dopa se ia sub formă de tablete. Preparatele L-Dopa conțin substanțe care inhibă transformarea prematură a L-Dopa în dopamină în afara creierului.

În terapia pe termen lung cu L-Dopa pot apărea după cca 3 - 8 ani oscilații ale efectului („fluctuații”) și mișcări accentuate („hiperchinezie”), pe care mulți pacienți le consideră extrem de supărătoare. Din acest motiv, se încearcă amânarea introducerii L-Dopa cât mai mult posibil, mai ales la pacienții sub 70 de ani. Dacă terapia cu L-Dopa nu poate fi evitată, în cazul pacienților mai tineri se preferă o combinație, de ex. cu agoniști dopaminergici, pentru a reduce pe cât posibil doza zilnică de L-Dopa.

Agoniști dopaminergici

Spre deosebire de L-Dopa, agoniștii dopaminergici nu trebuie să se transforme în corpul omenească pentru a avea efect. Aceștia au efect direct în zonele de recepție corespunzătoare din creier. Eficiența acestor preparate este, în cele mai multe cazuri, mai slabă decât a L-Dopa. Agoniștii dopaminergici au, spre deosebire de L-Dopa, avantajul că, în cazul unui tratament de durată, înregistrează rareori oscilații ale efectului sau mișcări accentuate. De aceea, în special la pacienții sub 70 de ani fără alte boli asociate grave, aceștia se recomandă înainte de utilizarea terapiei cu L-Dopa. Dacă o terapie doar cu agoniști dopaminergici (așa-numita monoterapie) este insuficientă pentru controlul suficient al simptomelor, la pacienții mai tineri, de sub 70 de ani, se preferă o combinație, de ex. de agoniști dopaminergici cu L-Dopa.

Inhibitori COMT

Aceste preparate prelungesc durata efectului L-Dopa. De aceea administrarea acestora este recomandată doar dacă se administrează simultan și L-Dopa.

Inhibitori MAO-B

Inhibitorii MAO-B încetinesc descompunerea dopaminei în creier și sunt folosiți în special ca o completare, cu alte medicamente pentru Parkinson.

Amantadină

Amantadina are un efect redus asupra simptomelor parkinsoniene, însă poate reduce mișcările accentuate provocate de L-Dopa. În plus se utilizează infuzii cu amantadină în așa-numitele crize achinezice (incapacitatea acută de a se mișca).

Anticolinergice

Aceste medicamente se folosesc rareori în prezent, deși au un anumit efect asupra tremurăturii, însă numai un efect redus asupra celorlalte simptome. În plus, anticolinergicele au deseori efecte secundare puternice.

Budipină

Budipina este eficientă contra tremurăturii și se ia ocazional ca terapie asociată cu alte medicamente pentru Parkinson. În cazul tratamentului cu budipină trebuie efectuate electrocardiografe regulate, fiindcă prezintă riscul de tulburări periculoase ale ritmului cardiac.

Medicație asociată

Pe lângă medicamentele menționate, pacienții cu boala Parkinson iau deseori medicamente suplimentare. Cele mai uzuale sunt medicamentele pentru tratarea problemelor psihice (de ex. depresii, tulburări ale capacității cerebrale, halucinații) sau a tulburărilor sistemului nervos vegetativ (de ex. constipație, incontinență urinară, probleme de circulație). Deoarece, în cazul Bolii Parkinson, există un risc crescut de efecte secundare, neurologul trebuie informat în privința oricăror modificări ale medicației efectuate de către alți medici.

2. Intervenție operatorie

Intervenția operatorie asupra bolii Parkinson se folosește mai ales la pacienții în cazul cărora terapia medicamentoasă înregistrează oscilații severe ale eficienței (așa-numitele fluctuații ONOFF, vezi următorul capitol), sau medicamentele nu au efect asupra tremorului. Dacă intervenția operatorie constă mai demult în distrugerea celulelor cerebrale „hiperactive”, începând cu anii 90 s-a impus tehnica „stimulării cerebrale profunde”. Celulele hiperactive sunt inhibitate prin introducerea de durată a unui curent electric slab, prin electrozi fini.

Electrozii sunt conectați printr-un cablu care duce la un „stimulator cerebral” alimentat cu baterii, care se implantază sub claviculă (vezi figura 4). Avantajul acestei metode, în comparație cu vechile tehnici operatorii care distrug celulele, este că celulele cerebrale se păstrează, iar posibilele efecte secundare se pot reduce după utilizarea stimulatorului.

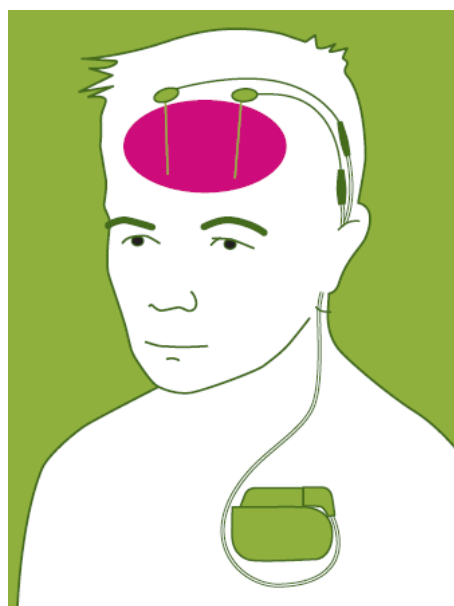


Figura 4:
Stimularea cerebrală profundă cu un „stimulator cerebral”
(cu acordul firmei Medtronic)



Stimularea cerebrală profundă nu este adecvată pentru orice pacient, fiindcă această procedură se recomandă doar pentru probleme specifice. În fiecare caz individual este necesară cântărirea atentă a șanselor și riscurilor, și ar trebui apelat la o consiliere privind stimularea cerebrală profundă efectuată de către un centru specializat în această terapie. Terapia de înlocuire a celulelor (de ex. implantarea celulelor producătoare de dopamină din așa-numitele culturi de celule stem) se află încă în stadiul de cercetare.

3. Terapie fizică și prin exerciții

Metodele de terapie cuprind de ex. fizioterapia, logopedia (antrenamentul vorbirii), ergoterapia (terapia ocupațională, în care se exersează dexteritatea), masajele și utilizarea căldurii. Terapie fizică și prin exerciții în cazul sindroamelor Parkinson ar trebui ajustată în special pentru a trata tulburările care nu sunt influențate sau sunt influențate insuficient prin tratamentul medicamentos. Aceste simptome cuprind, de ex., tulburări

ale vorbirii, ale echilibrului, ale mersului și ale posturii. Chiar și durerile de încheieturi, care apar în urma tulburărilor de mobilitate, pot fi ameliorate prin gimnastică medicală și fizioterapie. Indiferent de terapia specifică simptomelor individuale, persoanele afectate ar trebui să facă mișcare regulat și suficient. Activitatea sportivă pentru creșterea duranței, pentru învigorarea musculară și pentru ameliorarea rapidității și dexterității ameliorează condițiile pentru a rămâne mobil și independent, în ciuda bolii Parkinson, pentru multă vreme.

Ce complicații ulterioare pot apărea pe parcursul evoluției bolii?

Oscilații ale efectului (fluctuații ale efectului)

Dacă un pacient, în ciuda medicației regulate, nu se mai poate mișca la fel de bine, ci apar oscilații între mobilitatea bună și proastă, vorbim despre fluctuații ale efectului. Se presupune că din cauza evoluției bolii, medicamentele pentru Parkinson, îndeosebi L-Dopa, nu mai pot avea același efect constant. Aceste fluctuații ale bolii se numesc și fluctuații ON-OFF (în limba română: fluctuații pornit-oprit), deoarece trecerea de la mobilitatea bună la proastă poate interveni atât de rapid, de parcă s-ar acționa un întrerupător.

Mișcări accentuate (hiperchinezie)

Prin acestea se înțelege mobilitatea exagerată, în care pacientul execută mișcări necontrolate (de ex. rotirea brațelor, scuturarea trunchiului, grimasele, micile salturi ș.a.). Mișcările accentuate sunt rezultatul unui efect „care depășește scopul” al medicamentelor. Acestea sunt favorizate de excitarea inegală a celulelor nervoase în cazul administrării îndelungate de tablete cu L-Dopa.

Psihoza indusă de medicamente

Acest efect secundar apare când, ca urmare a medicației pentru Parkinson, apar halucinații sau stări de confuzie. Deseori, această tulburare este anunțată de înmulțirea coșmarurilor sau de debutul halucinațiilor (de ex. umbre în trecere).

Ce probleme speciale pot apărea în conexiune cu boala?

Tulburările posturii, ale mersului și ale echilibrului sunt cele mai importante cauze pentru apariția dizabilității în cazul bolii Parkinson. La debutul bolii este vorba de obicei doar de o anumită încetinire a mersului, care adesea nici nu este recunoscută ca un simptom al bolii, ci este considerată ca fiind condiționată de îmbătrânire. Odată cu progresul bolii, pașii devin tot mai mărunți și se poate ajunge la blocări ale mișcărilor. Aceste blocări înseamnă că pacientul are dificultăți în a începe să meargă după ce se ridică în picioare (întârziere a startului).



Un fenomen similar îl reprezintă așa-numitul freezing (română: înghețare), în care pacientul, în timpul mersului, rămâne brusc pe loc și nu mai poate merge în continuare. În mod evident, freezing-ul este deseori asociat cu anumiți declanșatori, și apare, de ex., doar la trecerea prin cadrul ușii sau prin pasaje strâmte. Stresul sau anxietatea pot reprezenta și ei mecanisme declanșatoare pentru întârzierea startului și „freezing”.

Mulți pacienți au învățat așa-numite trucuri care îi ajută să depășească, măcar pentru scurtă vreme, blocajele. S-a impus în special o manevră în care însoțitorul pune un picior în fața picioarelor pacientului, iar pacientul este provocat să treacă peste picior. Alte trucuri sunt comenzile acustice („Pe locuri, fiți gata, start!”) sau așezarea unor benzi de semnalizare în punctele critice (uși, pasaje strâmte). Mulți pacienți profită și de așa-numitul baston anti-freezing, la care, printr-o manetă mică, montată pe mâner, se poate rabata o șină prinsă jos pe baston, iar prin trecerea acesteia se depășește blocajul.

Persoanele cu vârstă înaintată sunt mai predispuse la accidentări în cazul împiedicării, din cauza osteoporozei și a forței musculare reduse. La pacienții cu boala Parkinson, această problemă este secundată de faptul că reflexele de protecție importante pot lipsi, cum ar fi întinderea brațelor în caz de cădere sau rostogolirea trunchiului. O metodă cu fundamente științifice pentru ameliorarea tulburărilor de echilibru în cazul Parkinson constă în tragerea pacientului, în mod repetat, de umeri spre spate, de către un terapeut, în timp ce pacientul încearcă să-și regăsească echilibrul făcând un pas ajutător („antrenament prin împingere”).

Pentru pacienții în pericol de împiedicare, este necesară reducerea pe cât posibil a posibilităților de rănire din mediul domestic (căptușirea marginilor, evitarea pasajelor strâmte, îndepărtarea pragurilor, etc.). Împreună cu un fizioterapeut trebuie să se discute și achiziționarea unui asistent la mers, de ex. un cadru metalic.

Înclinarea în față a părții superioare a corpului este un semn distinctiv tipic al tulburărilor de postură în boala Parkinson. Ocazional, această tulburare poate căpăta dimensiuni mult mai mari, iar pericolul de împiedicare poate crește, fiindcă centrul de greutate al corpului este împins mult în față. Este evident că înclinarea în față a părții superioare a corpului apare mai întâi doar în poziția erectă sau în timpul mersului, iar prin eforturi susținute poate fi deseori corectată temporar. Terapia intensivă prin exerciții poate ajuta la ameliorarea posturii.

Depresie și anxietate

Mulți dintre pacienții cu Parkinson prezintă o stare de tristețe și melancolie. Această stare poate fi asociată cu pierderea interesului față de ceea ce îi înconjoară, de lipsa determinării și de pierderea sentimentului de bucurie. Dacă această dispoziție durează de mai multe săptămâni, este vorba despre depresie. O altă problemă frecventă în cazul Parkinson sunt stările de anxietate, care pot apărea independent sau împreună cu o depresie. Depresia și anxietatea în boala Parkinson nu pot fi doar reacții sufletești la urmările bolii, ci pot apărea și direct prin modificările mesagerilor din creier, condiționate de boală. Împreună cu aparținătorii și cu medicul, trebuie mai întâi stabilit dacă starea de depresie se poate ameliora prin discuții de susținere sau modificări ale stilului de viață. În unele cazuri, poate ajuta și psihoterapia, iar costurile pot fi suportate, în urma unei cereri, de către Casa de Asigurări de Sănătate. Tratarea depresiei în boala Parkinson cu medicamente încearcă să normalizeze mesagerii dereglați din creier.

Percepția și orientarea

În unele cazuri, mai ales la o vârstă înaintată și într-un stadiu mai avansat al bolii Parkinson, se poate ajunge la limitări ale capacității cerebrale. Pacienții a căror capacitate cerebrală este influențată de boală prezintă o percepție mai lentă, stări de uitare sau distrase, instabilitate. Toate activitățile sau



situațiile noi sau neobișnuite par mai dificile. În cazul reducerii avansate a capacității cerebrale, se ajunge și la tulburări de memorie. În cazul reducerii capacității cerebrale este importantă structurarea simplă și clară a derulării unei zile. Împreună cu pacientul se va discuta programul zilnic și eventual se va nota în scris. În discuții și în timpul tratamentului, pacientul trebuie să fie cât mai activ posibil. Este importantă evitarea nereușitelor pentru pacient. În schimb, după posibilități, trebuie să se creeze experiențe pozitive pentru pacient, de ex. prin realizarea independentă a unor activități simple sau prin răspunderea la întrebări simple. Între timp, au apărut și medicamente verificate științific pentru tratarea tulburărilor de activitate cerebrală în cazul Parkinson.

Tulburări ale somnului

Din cauza bolii Parkinson, dar parțial și din cauza bolilor asociate sau efectelor secundare ale tratamentului medicamentos, se pot produce tulburări ale somnului. Tratarea acestora este în funcție de cauzele respective.

Dureri și parestezie

În cazul a circa jumătate din pacienții cu Parkinson apar dureri sau parestezie - deja în stadiile timpurii ale bolii. Deosebit de dureroase sunt cramele (disoniile) de la primele ore ale dimineții, la călcâie, picioare sau degetele de la picioare.

În cazul disoniei de la primele ore ale dimineții, poate fi de ajutor administrarea seara târziu a unui preparat L-Dopa cu eliberare întârziată sau a unui agonist dopaminergic.

Dificultăți de vorbire și înghițire

La fel ca în alte activități care implică musculatura, boala Parkinson afectează și vorbirea. Foarte frecvent, vorbirea devine mai încetă și mai monotonă pe parcursul bolii, în comparație cu felul în care era înainte de începutul bolii. Tulburările de vorbire nu se ameliorează întotdeauna cu medicamente. Mai ales în stadiile avansate ale bolii, vorbirea se poate înrăutăți ocazional atât de mult, încât înțelegerea de către interlocutor devine foarte dificilă. Deoarece, în cazul tulburărilor de vorbire, există riscul ca pacientul să nu mai participe la comunicarea cu alții și să prefere singurătatea și izolarea, este foarte important să se folosească toate metodele disponibile pentru discuție.

Deseori, persoanele afectate pot vorbi mai tare și mai clar pentru perioade scurte. Prin răspunsurile empaticе ale interlocutorului, pacientului trebuie să i se comunice mereu dacă vorbirea sa este prea încetă, prea rapidă sau prea neinteligibilă. Interlocutorii trebuie să reziste tentației de „a-i lua vorba din gură” pacientului.

Dificultățile la înghițire pot apărea în stadiile mai târzii ale bolii sau în cazul sindroamelor Parkinson atipice. Dacă, totodată, reflexul de tuse este slăbit, se poate ajunge la infecții pulmonare prin pătrunderea hranei în trahee. De aceea dificultățile la înghițire reprezintă un pericol serios pentru cei afectați și trebuie tratate cât mai bine posibil.

Salivarea excesivă este o problemă care apare frecvent, ocazional și în stadiile incipiente ale bolii. Cauza este, în mare parte, reducerea înghițirii involuntare. Guma de mestecat, bomboanele de supt, exercițiile logopedice, în unele cazuri și medicamentele pot aduce ameliorări.

Disfuncții sexuale

Circa jumătate din pacienții bolnavi de Parkinson de sex masculin (mai ales cei sub 50 de ani) acuză disfuncții sexuale. Cauzele pot fi boala în sine sau efectele secundare ale medicației. Trebuie clarificat dacă este vorba despre alte cauze organice sau psihice ale disfuncțiilor sexuale. În majoritatea cazurilor, cei afectați se plâng de disfuncții erectile sau la ejaculare (descărcarea spermei). Este important un dialog sincer cu medicul curant, cel mai bine cu implicarea partenerului sexual. În funcție de tipul disfuncției sexuale, poate fi de ajutor de ex. o schimbare a medicamentelor. Consilierea suplimentară de către un urolog, de ex. privind disfuncțiile erectile și tratamentul acestora pot fi de folos. În anumite circumstanțe ajută și psihoterapia.



Tulburări vegetative

Așa-numitul sistem nervos vegetativ reglează funcționalitatea sistemului circulator, aparatului digestiv și altor sisteme de organe. Deseori, în boala Parkinson, sistemul nervos vegetativ este afectat. Cele mai frecvente simptome sunt:

- Dereglări ale vezicii cu necesitatea sporită de a urina
- Constipație, inerția colonului
- Amețeala cauzată de insuficiența circulatorie
- Transpirație excesivă

Ajutor în tulburările vegetative

Multe dintre tulburările vegetative pot fi influențate pozitiv prin modificarea obiceiurilor zilnice. De ex. în cazul incontinenței urinare nocturne, se recomandă consumarea unei cantități suficiente de lichide în timpul zilei și reducerea acestora seara, pe cât posibil. Golirea întârziată a stomacului, inerția intestinală și constipația pot fi cauzate atât de o dereglare a sistemului nervos vegetativ, cât și de efectele secundare ale medicației pentru Parkinson. O frecvență a scaunului de două sau trei ori pe săptămână se află în zona normală. În orice caz, trebuie asigurată o dietă variată.

În cazul amețelii cauzate de scăderea tensiunii (ortostază), sângele coboară în picioare în momentul ridicării, ceea ce poate declanșa amețeala sau chiar leșinul. De aceea, ridicarea din poziția șezând, resp. întins ar trebui să aibă loc mai lent, pentru a preveni o scădere bruscă a tensiunii. Un antrenament fizic regulat poate acționa împotriva tensiunii scăzute. În plus, trebuie să se respecte un aport suficient de electroliți și săruri. Aceasta se aplică și în cazul transpirației excesive.

Tulburările vegetative se vor discuta cu un medic, care poate optimiza terapia sau poate solicita investigații suplimentare.

Ce medicamente trebuie evitate în Parkinson?

În boala Parkinson nu trebuie luate medicamente care inhibă metabolizarea dopaminei. Printre acestea se numără, de ex., așa-numitele neuroleptice, care sunt administrate în tratamentul schizofreniei, dar și ca mod de calmare sau în cazul stărilor de confuzie. După o folosire îndelungată, dar și imediat după prima administrare a acestor preparate, se poate ajunge la o agravare a simptomelor de Parkinson. Chiar și substanța activă metoclopramidă, folosită deseori împotriva stărilor de greață, poate determina înrăutățirea simptomelor de Parkinson, și trebuie evitată. Pacientul ar trebui să comunice medicului său toate medicamentele pe care le ia, indiferent dacă este vorba despre medicamente fără rețetă sau de medicamente prescrise de alți medici.

Cum trebuie să se alimenteze un bolnav de Parkinson?

În general, nu există o dietă specială care trebuie respectată în Parkinson. Anumite principii trebuie respectate, în special, la apariția următoarelor afecțiuni:

În caz de constipație, inerția colonului

Se vor consuma suficiente lichide pe zi, adică 1 - 2 litri. În plus, se recomandă o alimentație bogată în fibre, alături de activitatea fizică și gimnastica pelviană și abdominală. Dacă, prin măsurile menționate mai sus, scaunul întârzie să apară, pot fi utilizate fibrele și agenții stabilizatori (de ex. semințe de in, fructe uscate). La recomandarea medicului, pot fi luate și medicamente care ajută la îmbunătățirea trecerii scaunului.

În caz de greață

Dacă greața apare în asociere cu administrarea de tablete, acestea se vor lua numai după masă. O excepție importantă este L-Dopa, care nu trebuie luată împreună cu alimentele bogate în proteine, deoarece acestea îi pot reduce efectul. Biscuiții, pâinea prăjită și băuturile fără proteine pot fi consumate și împreună cu L-Dopa. În caz de greață ajută adesea mai multe gustări mici, ușor digerabile, fără un miros puternic. Medicamentele prescrise de medic pot ameliora senzația de greață, însă se va evita substanța activă metoclopramidă, care poate determina agravarea simptomelor de Parkinson.