01 listopada 2020

Przebieg choroby Parkinsona u osób w starszym wieku

Choroba Parkinsona zaliczana jest do chorób neurodegeneracyjnych układu pozapiramidowego. U jej podstawy leży pierwotny proces zwyrodnieniowy komórek dopaminergicznych części zbitej istoty czarnej mózgu, postępujący z upływem czasu. Na początku choroby objawy się niespecyficznie: osłabienie, łatwa męczliwość, spowolnienie ruchowe i pewna niezgrabność w ruchach, chorzy wiążą te objawy ze zmianami reumatycznymi lub po prostu ze starszym wiekiem, bądź niczego nie zauważają. Jednak po pewnym czasie zaczynają zwracać uwagę na postępującą niesprawność i niesamodzielność, pogorszenie jakości życia.

Jak działa dopamina?

Dopamina jest jednym z neuroprzekaźników ośrodkowego układu nerwowego z grupy katecholamin. Działa zarówno w obwodowym, jak i ośrodkowym układzie nerwowym, wpływając m.in. na koordynację oraz napięcie mięśni, jest rodzajem „paliwa dla naszego silnika ruchowego". Oddziałuje na układ limbiczny, kontrolując procesy psychiczne oraz emocjonalne. Nazywana jest neuroprzekaźnikiem wzmocnienia. Zwiększa motywację do działania i sprawia, że jesteśmy pełni życia. Dzięki niej ogarnia nas poczucie szczęścia. W zwiększeniu poziomu tego neuroprzekaźnika bez wątpienia duże znaczenia ma odpowiednia dieta, bogata w dużą ilość warzyw i owoców, które są źródłem cennych przeciwutleniaczy. Przede wszystkim warto sięgać po banany, szczególnie te najbardziej ciemne i dojrzałe (zawierają chininę dopaminową). Polecane jest także spożywanie dużej ilości jagód, truskawek, żurawiny, śliwek oraz czerwonej fasoli. Warto także uzupełnić swoją dietę o ziarna słonecznika oraz migdały, które wpływają na wzrost poziomu dopaminy. Lepiej zrezygnować z jedzenia ciężkostrawnych, tłustych potraw. Tłuszcze nasycone nie tylko obniżają poziom dopaminy, ale jednocześnie wpływają negatywnie na naczynia krwionośne i mogą spowodować pojawienie się chorób serca. Należy unikać słodyczy oraz innych produktów zawierających duże ilości cukru. Warto ograniczyć również picie kawy oraz alkoholu. Paradoksalnie kofeina wpływa na chwilowe pobudzenie neuroprzekaźników w mózgu, po czym zmniejsza ilość dopaminy. Możemy także sięgać po suplementy diety dostępne w aptekach i na sklepowych półkach, zwłaszcza te, które są bogate w aminokwasy zwiększające poziom dopaminy. I najważniejsze, żeby nie zapominać o długich spacerach. Duża ilość światła oraz promienie słoneczne także zwiększają wydzielanie neuroprzekaźników. Poprawiają tym samym nasze samopoczucie i dodają energii do życia.

Częstotliwość i przyczyny występowania choroby Parkinsona

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Częściej dotyka mężczyzn niż kobiet. Pojawia się zazwyczaj u osób powyżej 50. roku życia, ale obserwuje się ją także u ludzi młodszych. Przyczyny choroby Parkinsona nie są znane. U osób, u których objawy pojawiły się w młodym wieku oraz w przypadku rodzinnego jej występowania stwierdza się mutacje genetyczne. W badaniach epidemiologicznych wykazano natomiast wpływ czynników środowiskowych (stres oksydacyjny, wzrost ilości Fe w istocie czarnej, czynnik zakaźny, zanieczyszczenie powietrza pestycydami, uraz, neuroleptyki).

Objawy choroby

1. **Drżenie spoczynkowe** – dotyczy na początku tylko jednej z kończyn górnych (zwykle dłoni, obejmuje palce wykonujące ruchy toczenia pigułek), a później pojawia się we wszystkich pozostałych kończynach (rzadziej nóg) czy głowy. Ruchy te występują w spoczynku, słabną w ruchu i zanikają, gdy chory śpi. Wyraźnie wzmagają się pod wpływem stresu, zmęczenia, niskich temperatur.
2. **Sztywność mięśni** – wzmożenie napięcia w zakresie mięśni zginaczy karku, tułowia i kończyn, co stanowi przyczynę przygarbionej postawy ciała chorego.
3. **Bradykineza –** spowolnienie ruchowe, zwolnienie lub brak ruchomości mięśni stanowiących o wyrazie twarzy chorego (twarz maskowata, bez mimiki, „pokerzysty"), mięśni uczestniczących w procesie żucia, połykania (zaburzenia połykania, chory rzadziej i wolniej przełyka, wydłuża czas posiłku, unika pokarmów stałych na rzecz płynnych, może dojść do zadławienia, zachłystowego zapalenia płuc), mowy (coraz mniej wyraźna, cichsza, bez intonacji) oraz mięśni tułowia i kończyn. Biała chusteczka, którą pamiętamy w ręku papieża Jana Pawła II to częsty widok u chorych, ponieważ większość z nich ma ślinotok, w nocy nadmiar śliny wycieka kącikiem ust, zostawiając ślady na poduszce. Rzadziej pojawia się suchość w ustach.

Chory chodzi wolno, drobnymi kroczkami, powłóczy nogami, brakuje mu współpracy rąk i coraz bardziej się pochyla. Czasami w sposób niezamierzony może przyspieszać kroków, i nagle zacząć biec, aby uniknąć upadku, do których ma dużą skłonność. U niektórych pacjentów zdarzają się incydenty nagłego przerwania wykonywanego ruchu, tzw. zastyganie, zamrożenie (*freezing*), które pojawia się spontanicznie w wąskich pomieszczeniach, przed jakąś przeszkodą czy przy wchodzeniu w otwartą przestrzeń. Trudniejsze i wolniejsze staje się uniesienie z pozycji siedzącej, leżącej i ruszenie z miejsca oraz ubieranie. Chory ma trudności z wykonywaniem innych codziennych czynności, zwłaszcza w jednoczasowym wykonaniu dwóch czynności. Zmienia się charakter pisma (mikrografia), mogą pojawić się zaburzenia ruchomości gałek ocznych, zwiększona potliwość skóry, łojotok (twarz sprawia wrażenie naoliwionej). Dość często pojawiają się zaparcia, częstomocz, nycturia, nagłe parcie na mocz, rzadziej nietrzymanie moczu oraz spadek masy ciała, osteoporoza. W godzinach rannych pojawia się niedociśnienie ortostatyczne, czyli obniżenie ciśnienia tętniczego przy nagłej zmianie pozycji z leżącej na stojąco, co prowadzi do zawrotów głowy, omdleń i upadków, które grożą złamaniem szyjki kości udowej. U ok. 30% chorych rozwijają się objawy depresji, polekowe

stany splątania oraz otępienie/demencja (objawy podobne do demencji z ciałami Lewy'ego, tzw. „intruzami", które w chorobie Parkinsona uszkadzają w mózgu tylko ośrodek produkujący dopaminę, a w demencji z ciałami Lewy'ego cały mózg - drżenia pojawiają się, gdy chory próbuje po coś sięgnąć lub coś zrobić, przed problemami ruchowymi pojawiają się problemy poznawcze; w chorobie Parkinsona jest na odwrót – najpierw są zaburzenia poruszania a potem zmiany poznawcze). To wszystko prowadzi do izolacji społecznej i emocjonalnej chorego.

Zasady leczenia

Uważa się, że najskuteczniejszymi preparatami stosowanymi w chorobie Parkinsona są preparaty lewodopy. Długotrwałe ich podawanie u połowy pacjentów wywołuje zaburzenia motoryczne, np. ruchy mimowolne oraz dodatkowe objawy uboczne, jak zaparcia, zatrzymanie moczu, suchość śluzówek, zaburzenia ostrości wzroku, zaburzenia świadomości, zaburzenia snu, które mogą wymagać modyfikacji dawkowania przez lekarza. Jeśli leczenie farmakologiczne jest nieskuteczne, rozpatrywana jest możliwość interwencji neurochirurgicznej. Jedną z metod jest wszczepienie elektrody do stałej stymulacji struktur głębokich mózgu, połączonej z generatorem impulsów elektrycznych (IPG). Programowalny generator impulsów elektrycznych jest zazwyczaj wszczepiany pod skórę poniżej obojczyka. Elektroda i IPG są połączone przewodem poprowadzonym pod skórą. IPG jest programowany przez specjalistę. Pacjent za pomocą pilota może go samodzielnie włączyć lub wyłączyć. Pierwsze zaprogramowanie odbywa się na ogół w pierwszej dobie po operacji, później specjalista okresowo kontroluje i zmienia oprogramowanie urządzenia, adekwatnie do stosowanych leków i postępów choroby. Pacjent kwalifikowany jest do interwencji neurochirurgicznej po wykluczeniu innych schorzeń pozapiramidowych, a w badaniach neuropsychologicznych nasilonej postaci depresji i otępienia; po wykonaniu badania obrazowego (rezonans magnetyczny, MRI głowy), po pozytywnym wyniku testu L-DOPY. Czas trwania choroby przed leczeniem operacyjnym powinien wynosić minimum 5 lat. Wadą stymulatora jest jego koszt, ryzyko powikłań pooperacyjnych, potrzeba okresowej wymiany baterii (co 3-5 lat), awarie urządzenia.

Źródło:

Biercewicz M., Szewczyk M.T., Ślusarz R. (red.): Pielęgniarstwo w geriatrii. Wydawca BORGIS, Warszawa 2006.

Borowicz A.: Głęboka stymulacja mózgu w chorobie Parkinsona. Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie 2014; 1: 22-29.

Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A.: Przewlekle chory w domu. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

https://portal.abczdrowie.pl/dopamina

Źródło zdjęcia: *https://www.canva.com/photos/*

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT