

## PARKINSONO LIGA IR NEĮGALUMAS

Vaineta Valeikienė<sup>1</sup>, Algirdas Juozulynas<sup>1</sup>, Algirdas Venalis<sup>1,2</sup>, Antanas Jurgelėnas<sup>1</sup>,  
Dalia Stasytytė-Bunevičienė<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras,

<sup>2</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

**Raktažodžiai:** Parkinsono liga, ligos stadijos, neįgalumas.

### Santrauka

Parkinsono liga – tai neurodegeneracinė liga, kurios metu pažeidžiami dopaminerginiai, cholinerginiai, serotoninerginiai neuronai ir jų tarpusavio ryšiai. Ligos diagnozė yra klinikinė. Klinikinė Parkinsono ligos diagnozė nustatoma remiantis paciento nusiskundimais, anamneze, klinikinio ištyrimo duomenimis. Tai yra lėtinė progresuojanti liga, kuri anksčiau ar vėliau sukelia neįgalumą. Ištirta 121 asmuo, sergantis Parkinsono liga, 54 (44, 6%) vyrai ir 67 (55, 4%) moterys. Tirtų pacientų amžiaus vidurkis buvo  $67,91 \pm 10,98$  (95% CI 65,10 – 70,73), vyrų –  $67,10 \pm 11,17$  (95% CI 62,77 - 71,44), moterų  $68,62 \pm 10,76$  (95% CI 64,74 - 72,50). Mes tyrimo metu norėjome palyginti, ar asmenims, kuriems yra nustatyta visiška ar beveik visiška priklausomybė, yra nustatyti specialieji poreikiai (priežiūra arba slauga). Nustatyta, kad tik pusė pacientų: 16 sergančiųjų (13,2%), kurių būklę pagal Bartelio indeksą vertiname, kad yra visiškai arba beveik visiškai priklausomi, turi nustatytus specialiuosius poreikius - slaugą. Nors kiti 17 (14%) sergančiųjų buvo prikaustyti prie lovos, patys visai nepajėgė judėti, keisti kūno padėties, netgi pavalgyti be pagalbos, jiems nebuvo nustatytas slaugos poreikis. Kai kurie pacientai nurodė, kad jie net nežino apie tokią galimybę, nes jiems jokios informacijos niekas nesuteikė. Kadangi jie yra nevaikštantys, patys negali nuvykti į polikliniką, šeimos gydytoją kviečiasi į namus tik esant kitoms ligoms (karščiuojant ar įtariant infekciją), todėl niekas jiems nerekomendavo kreiptis dėl specialiųjų poreikių ir slaugos nustatymo.

### Įvadas

Parkinsono ligos diagnozė yra klinikinė. Ji nustatoma remiantis paciento nusiskundimais, ligos anamneze ir klinikinio tyrimo duomenimis. Remiantis šiais klinikiniais kriterijais, nustatoma PL diagnozė: tremoru, rigidiškumu, bradikineze, akineze ar hipokineze, geru levodopos poveikiu, asimetrine ligos pradžia [1-4].

Pagrindinis kriterijus turi būti bradikinezė, akinezė ar hipokinezė. Taip pat geras atsakas į skiriamus levodopos preparatus. Be šių simptomų, Parkinsono ligai būdinga ir asimetrinė pradžia. Tačiau tai nėra patikimas PL rodiklis, nes ir kitos ligos gali prasidėti asimetriškai, nors ir rečiau. Parkinsono ligai būdinga ramybės tremoras, kurio dažnis 4-5 Hz ar net 6 Hz. Pasitaiko ir veiksmo tremoras arba galimas ir ramybės bei veiksmo tremorų derinys. Tremoras dažniausiai prasideda vienoje rankoje arba kojoje ir pamažu išplinta. Parkinsono ligos tremoras rankų pirštuose neretai primena piliulių ritinimo ar monetų skaičiavimo judesius. Atliekant judesį tremoras išnyksta ir vėl atsiranda baigus judesį. Miego metu tremoro nebūna. Tremoro pobūdis gali keistis ligos eigoje. Kiti pacientai jaučia vidinį drebėjimą ir jis atsiranda anksčiau nei kiti požymiai. Tremoras aptinkamas net 92% sergančiųjų. Kiti autoriai teigia, kad tremoras būdingas 80% ligonių, sergančių PL.

Rigidiškumas arba sukaustymas nėra specifinis PL požymis, jis gali būti ir sergant kitomis judėjimo sutrikimo ligomis. Net 46% ligonių patiria sustingimus esant ne idiopatinei Parkinsono ligai, o Parkinsono sindromui. Ligoniams, kuriems parkinsonizmas sukeltas vaistų, sustingimo rizika buvo minimali. Rigidiškumas dažniausiai aptinkamas pacientams, sergantiems vaskuliniu parkinsonizmu (57%), taip pat normalaus spaudimo hidrocefalija (56%), parkinsonizmu, atsiradusiu dėl neurodegeneracinių priežasčių (progresuojančio supranuklearinio paralyžiaus, multisisteminės atrofijos) (45%). Sustingimas dažniau aptinkamas tiems pacientams, kuriems yra demencija. Dėl rigidiškumo veidas praranda emocinę išraišką, pakinta ligonių laikysena, atsiranda vadinama „boksinkerio“ poza.

Bradikinezė – pagrindinis kriterijus diagnozuojant PL. Ji aptinkama 77–99% PL atvejų. Kiti autoriai nurodo, kad bradikinezė aptinkama tik 46% sergančiųjų. Bradikinezė pasireiškia sulėtėjusia ir pasunkėjusia eiseną. Žingsniai tampa mažesni, pacientas eidamas tarsi velka kojas. Vis dėlto bradikinezė gali būti ir sergant kitomis ligomis: depresija, Alzheimerio liga, multisistemine atrofija, progresuojančiu supranukleariniu paralyžiumi.

Esant bradikinezijai vyresniems pacientams būna diagnostinių sunkumų, nes atsiradę eisenos pakitimai vertinami, kad tai yra amžiaus palydovai. Manoma, kad bradikinezė sukelia didesnę negalią nei tremoras. Autoriai nurodo, kad tremoras veda į socialinę izoliaciją.

Teigiamas atsakas gydant levodopos preparatais būna 94–100% ligonių, kuriems morfologiškai patvirtinta Parkinsono ligos diagnozė. Vis dėlto levodopa gali būti efektyvi ir esant multisisteminei atrofijai, progresuojančiam supranukleariniam paralyžiui. Esant šioms ligoms levodopos poveikis palapsniui mažėja ir efektas būna tik laikinas.

Asimetrinė ligos pradžia, autorių duomenimis, būna 72–75% atvejų. Nors kiti autoriai nurodo, kad Parkinsono liga turi prasidėti visad asimetriškai ir tik ligai progresuojant atsiranda kitos kūno pusės pakenkimas. Vis dėlto asimetrinė ligos pradžia nėra patikimas Parkinsono ligos rodiklis.

Posturalinis nestabilumas aptinkamas net 45% ligonių. Nors šis simptomas retai aptinkamas ligos pradžioje, bet autoriai nurodo šį simptomą tarp esminių PL požymių, ypač esant vėlai prasidėjusiai PL. Ligos pradžioje atsiradęs posturalinis nestabilumas būdingas progresuojančiam supranukleariniam paralyžiui, o ne PL. Teigiama, kad 10 metų sergant jauname amžiuje prasidėjusia PL, tik 5% pacientų būna normalus posturalinis stabilumas. Per penkerius metus nuo ligos pradžios posturalinis nestabilumas atsiranda 37% pacientų.

Parkinsono liga lėtinė, progresuojanti liga, kuri anksčiau ar vėliau sutrikdo kasdienę gyvenimo veiklą ir sukelia neįgalumą. Žmogus, susirgęs jaunesniame amžiuje, po kelerių metų netenka darbingumo, vyresniems asmenims prireikia artimųjų pagalbos ir priežiūros, o ligai progresuojant visiems reikalinga ir slauga.

**Darbo tikslas** – ištirti Parkinsono liga sergančiuosius ir jų ryšį su neįgalumu.

### Tyrimo objektas ir metodai

Tyrimo objektas: pacientai, sergantys Parkinsono liga ir besigydantys Vilniaus miesto poliklinikose. Įtraukimo į tyrimą kriterijai: asmenys, kuriems diagnozuota Parkinsono liga ir sutiko dalyvauti anketinėje apklausoje. Neįtraukimo kriterijai: asmenys, sergantys PL, kurie atsisakė dalyvau-

ti anketinėje apklausoje. Tyrimo metodai: pacientai buvo apklausiami anoniminio anketavimo būdu, sutikus jiems dalyvauti tyrime. Ligos stadijas analizavome pagal modifikuotą Hoehn ir Yahr stadijų skalę. Remdamiesi Schwab ir England skale, vertinome 11 kasdieninio gyvenimo veiklos sutrikimo pakopų.

Siekiant įvertinti sugebėjimą apsitarnauti ir kiek pacientai yra priklausomi, vertinome Bartelio indeksą. Taip pat klausėme darbingo amžiaus asmenų, ar jiems yra nustatytas darbingumo netekimo procentas, o nedarbingo amžiaus asmenims ar nustatyti specialieji poreikiai.

### Rezultatai ir jų aptarimas

Ištyrėme 121 asmenį, sergantį Parkinsono liga, 54 (44, 6%) vyrus ir 67 (55, 4%) moteris. Amžius vidurkis tirtų pacientų buvo 67, 91 ± 10,98 (95% CI 65,10 – 70,73), vyrų – 67,10 ± 11,17 (95% CI 62,77 – 71,44), moterų 68,62 ± 10,76 (95% CI 64,74 – 72,50). Pasiskirstymas pagal ligos trukmę pateiktas 1 lentelėje.

Ligos stadijas analizavome pagal modifikuotą Hoehn ir Yahr stadijų skalę. Pirmą ligos stadiją nustatyta 23,3% sergančiųjų. Antra ligos stadija nustatyta 35,1% ligonių, o 3 ligos stadija – 21,8% ligonių. Ketvirtą ligos stadiją diagnozuavome 12,9% sergančiųjų, o 5 stadija – 6,9% sergančiųjų.

Analizuodami ligos formų ir trukmės iki diagnozės nustatymo priklausomybę, norėjome įvertinti, ar yra statis-

**1 lentelė.** Parkinsono liga sergančiųjų pasiskirstymas pagal ligos trukmę

Ligos trukmė (metai)	Vyrai N=54	%	Moterys N=67	%	Bendras N=121	%
0,5	2	3,7	6	9,0	8	6,6
1	4	7,4	7	10,4	11	9,1
2	7	13,0	4	6,0	11	9,1
3	2	3,7	9	13,4	11	9,1
4	5	9,3	8	11,9	13	10,7
5	6	11,1	6	9,0	12	9,9
6	6	11,1	4	6,0	10	8,3
7	3	5,6	1	1,5	4	3,3
8	1	1,9	5	7,5	6	5,0
9	4	7,4	2	3,0	6	5,0
10	7	13,0	4	6,0	11	9,1
11	1	1,9	1	1,5	2	1,7
12	4	7,4	3	4,5	7	5,8
13	1	1,9	1	1,5	2	1,7
14	0	0,0	2	3,0	2	1,7
15	0	0,0	1	1,5	1	0,8
16	1	1,9	0	0,0	1	0,8
18	0	0,0	2	3,0	2	1,7
24	0	0,0	1	1,5	1	0,8

tiškai patikimi skirtumai tarp atskirų ligos formų diagnozuojant PL. Buvo gautas statistiškai patikimas skirtumas tik tarp rigidinės ir tremorinės ligos formų antraisiais ligos metais ( $p = 0,04$ ). Vadinasi, antraisiais ligos metais dažniau diagnozavo rigidinę PL formą nei tremorinę. Tarp kitų ligos formų nebuvo gauti statistiškai patikimi skirtumai.

Nustatėme, kad PL 1–5 metus serga 65,3% liginiai. Liga 6–10 metų truko 26,2% sergančiųjų, o 11–15 metų sirgo 5,0% sergančiųjų. Tenka pažymėti, kad 3,0% liginų sirgo 16–20 metų.

Remdamiesi Schwab ir England skale, išskyrėme 11 kasdieninio gyvenimo veiklos sutrikimo pakopų. Nustatėme, kad tik 0,5% liginų buvo visiškai savarankiški, pajėgė atlikti visus namų ruošos darbus be sulėtėjimo, sunkumų ar sutrikimų. Jausdami nežymų sulėtėjimą ar sunkumus namų ruošos darbus atliko 10,4% sergančiųjų. Šie liginiai juto sunkumus, užtrūkdamo ilgiau atlikdami įprastus darbus. Savarankiškai, bet užtrūkdamo 2 kartus ilgiau, daugumą namų ruošos darbų atliko 22,2% sergančiųjų. Jie nurodė sunkumus ir sulėtėjimą. Nustatėme, kad 16,8% sergančiųjų buvo nevisiškai savarankiški, patyrė daugiau sunkumų atlikdami kai kuriuos namų ruošos darbus. Užtrūkdamo 3 ar 4 kartus ilgiau ir kasdieninei namų ruošai turėdavo sugaišti didelę dienos dalį. Tam tikra priklausomybė atliekant daugumą namų ruošos darbų buvo nustatyta 8,4% liginų. Jie dirbdavo nepaprastai lėtai ir labai stengdamiesi, darydami klaidas, bet kai ko nepajėgė atlikti. Didesnė priklausomybė nustatyta 21,3% liginų. Jie galėjo pagelbėti atliekant kai kuriuos namų ruošos darbus, juto sulėtėjimą, viską atlikdavo sunkiai. Labai priklausomi buvo 5,0% liginų. Jie galėjo pagelbėti atlikti kai kuriuos darbus, bet mažai pajėgė atlikti patys. Tenka pažymėti, kad 5,0% pacientų reikėjo didelės pagalbos, patys tik retkarčiais kai ką galėdavo atlikti, o 3,0% liginų nieko negalėjo daryti patys. Jiems nustatyta didelė invalidizacija. Mūsų tyrimo duomenys byloja, kad 6,9% sergančiųjų buvo visiškai priklausomi ir bejėgiški. Jiems nustatyta visiška invalidizacija. Vienas liginis neatliko ir vegetacinių funkcijų (rijimo, šlapimo pūslės ir žarnyno funkcijos).

Taip pat vertinome ir Bartelio indeksą. Nustatyta, kad visiškai priklausomi buvo 13 % sergančiųjų, kurių Bartelio indeksas buvo nuo 0 iki 20 balų. Beveik visiška priklausomybė nustatyta 14, 2 % sergančiųjų, jų Bartelio indeksas buvo 21 - 61 balas. Vidutiniškai priklausomi buvo 32,8 %, kurių Bartelio indeksas 62 - 90 balų, o tik šiek tiek priklausomi 30% (Bartelio indeksas - 91-99 balai) sergančiųjų.

Mes tyrimo metu norėjome palyginti, ar asmenims, kuriems nustatyta visiška ar beveik visiška priklausomybė, yra nustatyti specialieji poreikiai (priežiūra arba slauga). Nustatyta, kad tik pusė pacientų, 16 sergančiųjų ( 13,2%),

kurių būklę pagal Bartelio indeksą vertinome, kad yra visiškai arba beveik visiškai priklausomi, turi nustatytus specialiuosius poreikius - slaugą. Nors kiti 17 (14%) sergančiųjų buvo prikaustyti prie lovos, patys visai nepajėgė judėti, keisti kūno padėties, netgi pavalgyti be pagalbos, jiems nebuvo nustatytas slaugos poreikis. Kai kurie pacientai nurodė, kad jie net nežino apie tokią galimybę, nes jiems jokios informacijos niekas nesuteikė. Kadangi jie yra nevaikštantys, patys negali nuvykti į polikliniką, šeimos gydytoją kviečiasi į namus tik esant kitoms ligoms (karščiuojant ar įtariant infekciją), todėl niekas jiems nerekomendavo kreiptis dėl specialiųjų poreikių ir slaugos nustatymo.

### Išvados

1. Pirmą ligos stadiją nustatėme 23,3% sergančiųjų, o antrą ligos stadiją nustatėme net 35,1% liginų, trečią ligos stadiją – 21,8% liginų.

2. Ketvirtą ligos stadiją diagnozavome 12,9% sergančiųjų, o penktą stadiją – 6,9% sergančiųjų pacientų; kuriems nustatėme ketvirtą, penktą ligos stadijas, o kai kuriems pacientams ir trečią ligos stadiją, nes buvo ryškus motorinės funkcijos sutrikimas ir invalidizacija, bet iš jų tik 13,2% pacientų nustatytas slaugos poreikis.

### Literatūra

1. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurol* 1967; 17: 427–42.
2. Martinez-Martin P, Lens C, Franch O, et al. Costs of Parkinson's disease in Spain. A pilot study in outpatients. *Mov Disord* 1998; 13(Suppl 2): 62.
3. Sveinbjornsdottir S, Gudmundsson G, Einarsson G. Epidemiology of Parkinson's Disease (PD) in Iceland: the first 234 cases in a total population survey. *Mov Disord* 1998; 13(Suppl 2): 142.
4. Maskowitz CB, Kopirzyzi M, Petrela M, Fahn S. Parkinson's disease in Albania (1995-1996). *Mov Disord* 1998; 13(Suppl 2): 298.
5. Valeikiene V, Ceremnych J, Alekna V, Juozulynas A. Differences in WHOQOL -100 domain scores in Parkinson's disease and osteoarthritis. *Med Sci Monit* 2008; 14(4):CR221 - 227.
6. Scaravilli T, Gasparali E. et al. Health – related quality of life and sleep disorders in Parkinson's disease. *Neurol Sci* 2003; 24:209-210.
7. Shrang A, Jahanshahi M. et al. What contribute to depression in Parkinson's disease? *Psychol Med* 2001; 31:65-73.
8. Valeikiene V, Ceremnych J, Mieliauskaite D, Alekna V. The prevalence of Parkinson's disease among Vilnius inhabitants. *Cent Eur J Med* 2008; 3 (2): 195-198.
9. Werner M, Fornadi F. Effect of early diagnosis and therapy on prognosis of Parkinson syndrome. *Versicherungsmedizin* 1997;

- 49(4): 126-31.
10. Calne DB, Snow BJ, Lee C. Criteria for diagnosing Parkinson's disease. *Ann Neurol* 1992; 32 (Suppl 1): S125-7.
  11. Valeikiene V, Juozulynas A. The incidence of Parkinson's disease among Vilnius inhabitants. *Gerontologija*, 2006; 7(3): 131-136.
  12. Mieliauskaite D, Valeikiene V, Juozulynas A. Dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Gerontologija*, 2006; 7(1): 32-34.
  13. Quelhas R, Costa M. Anxiety, depression, and Quality of life in Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry and clinical Neuroscience* 2009; 21: 413-419.
  14. Valeikiene V, Alekna V, Juozulynas A, Mieliauskaite D, Cernychny J. Parkinson's disease: the most common diagnostic mistakes in Lithuania. *Cent Eur J Med* 2009; 4 (3): 304-309.

#### PARKINSON'S DISEASE AND DISABILITY

V. Valeikienė, A. Juozulynas, A. Venalis, A. Jurgelėnas,  
D. Stasytytė-Bunevičienė

Key words: Parkinson's disease, stage of disease, disability  
Summary

Parkinson's disease is a neurodegenerative disease, which damages the dopaminergic, cholinergic, serotonergic neurons and their interconnections. Diagnosis is clinical and based on the patient's complaints, medical history and data of clinical

examination. It is a chronic, progressive disease, which sooner or later leads to disability. The study covered 121 person suffering from Parkinson's disease, 54 (44, 6%) men and 67 (55, 4%) women among them. The average age of patients was 67,  $91 \pm 10.98$  (95% CI 65.10 - 70.73), males -  $67.10 \pm 17.11$  (95% CI 62.77 - 71.44),  $68.62 \pm 10.76$  for women (95% CI 64.74 - 72.50). We aimed to study the situation of persons suffering from Parkinson's disease, who are under complete or almost complete dependence, according to identification of special needs (care or nursing). As it was found, only half of patients: 16 ones (13.2%), with the condition assessed by Barthel Index as completely or almost completely dependent status, have identified specific needs - care. While the other 17 (14%) patients who were nailed to the bed, could not move at all, change in body position, even eat without help, had not been established nursing care. Some patients told that they did not even know about such a possibility, because nobody give them any information about it. Since they can not walk, get to the clinic by themselves, a family doctor is called in to the house only if other conditions (fever or suspected infection) occur, nobody recommended them ask for special needs and care setting.

Correspondence to: vainetav@ktl.mii.lt

Gauta 2014-11-03

#### KVIEČIAME PRENUMERUOTI "SVEIKATOS MOKSLŲ" ŽURNALĄ 2015 METAIS!

Žurnalas "Sveikatos mokslai" (Index Copernicus, EBSCO host (Academic Search Complete), Gale (Academic OneFile), ProQuest (Ulrich's, Summon), Australia (ERA) 2012 Journal List (ERA ID 34962) skirtas visų specialybių gydytojams, slaugytojams ir kitiems specialistams, spausdina mokslinius straipsnius lietuvių, anglų ir rusų kalbomis. Reikalavimai straipsniams atitinka mokslo leidiniams keliamus reikalavimus.

**Žurnalas kioskuose neparduodamas.**

**Žurnalą, kuris leidžiamas kartą per du mėnesius, galima užsiprenumeruoti visuose Lietuvos pašto skyriuose, taip pat internetu: [www.post.lt](http://www.post.lt)**

**Prenumeratos kaina nesikeičia: visiems metams – 120 Lt/34,75 EUR, šešioms mėnesiams – 60 Lt/17,37 EUR, keturiems mėnesiams – 40 Lt/11,58 EUR, dviem mėnesiams – 20 Lt/5,79 EUR.**

**Prenumeratos kodas: 5348.**

Žurnalo autoriams straipsnių spausdinimas mokamas.

Redakcija