

ÚČINNOST KOMBINOVANÉ TERAPIE U OSOB TRPÍCÍCH PARKINSONOVOU NEMOCÍ

původní práce

Michal Vostrý¹
Slavomil Fischer¹
Ilja Žukov²
Jaroslav Veteška³
Barbora Lanková¹

¹Pedagogická fakulta UJEP v Ústí nad Labem

²Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

³Pedagogická fakulta UK v Praze

Kontaktní adresa:

doc. MUDr. Ilja Žukov, CSc.
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
v Praze
Ke Karlovu 11
120 00 Praha 2
e-mail: iljazukov@seznam.cz

Podpořeno:
Projektem Ústeckého kraje
č. 17/SML1265/SOPD/OKM;
Interním grantem PF UJEP:
Podpora sociální adaptability osob
s Alzheimerovou chorobou a jiným
neurologickým onemocněním

SOUHRN

Vostrý M, Fischer S, Žukov I, Veteška J Lanková B. Účinnost kombinované terapie u osob trpících Parkinsonovou nemocí

Cíl: Obsahem článku jsou výsledky longitudinálního výzkumného šetření. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má psychomotorická terapie za využití prvků ergoterapie (s podporou kognitivní rehabilitace a roboticky asistované terapie) na sociální adaptabilitu osob trpících Parkinsonovou nemocí umístěných v zařízeních poskytujících sociální služby s ohledem na délku stanovené diagnózy a délku pobytu v zařízení.

Soubor a metodika: Výzkumné šetření bylo realizováno u 39 (100%) probandů, při zastoupení 26 (66,7% podíl) mužů ve věkovém rozmezí 64–71 let a 13 (33,3% podíl) žen ve věkovém rozmezí 67–70 let. Dalším relevantním znakem byla délka pobytu vybraných probandů, která činila minimálně 1 rok od nástupu do zařízení. Takto vybraný výzkumný soubor byl rozdělen dle dalšího kritéria záměrným výběrem, tedy 39 probandů s diagnózou Parkinsonova nemoc (dle MKN-10; G20 v kategorii G20–G26: extrapyramidové a pohybové poruchy), u kterých byla pravidelně indikována rehabilitační péče (především ergoterapie). Samotná intervence trvala intenzivně 3 měsíce (12 týdnů), 4× týdně po dobu cca 45 minut na jednoho probanda. Vstupní a výstupní data jsme zajistili za využití standardizovaného

SUMMARY

Vostrý M, Fischer S, Žukov I, Veteška J Lanková B. The efficiency of combined therapy at people with Parkinson's disease

Objective: The content of the article is the results of a longitudinal research survey. The aim of the research was to determine the effect of psychomotor therapy using elements of occupational therapy (with the support of cognitive rehabilitation and robotically assisted therapy) on the social adaptability of people suffering from Parkinson's disease in social services with regard to length of diagnosis and length of stay.

Material and methods: The research survey was conducted in 39 (100%) probands, with the representation of 26 (66.7% share) men in the age range 64–71 years and 13 (33.3% share) women in the age range 67–70 flight. Another relevant feature was the length of stay of selected probands, which was at least 1 year from the start of the facility. The research group selected in this way was divided according to another criterion by deliberate selection, ie 39 probands diagnosed with Parkinson's disease (according to ICD-10; G20 in category G20-G26: extrapyramidal and movement disorders), for whom rehabilitation care (especially occupational therapy) was regularly indicated. The intervention itself lasted intensively 3 months (12 weeks), 4 times a week for about 45 minutes per proband. We provided input and output data using a standardized test

testu, zaměřeného na hodnocení funkční nezávislosti (*FIM test – Functional Independence Measure*). Komparace získaných dat mezi vstupním a výstupním testováním byla provedena Tukey HSD testem na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Výsledky: Dosažené výsledky (na hladině významnosti $\alpha = 0,05$) prokazují, že sledovaná skupina probandů dosahovala lepších výsledků oproti testovacímu období a vstupnímu testování. Nedílnou součástí účinnosti zvolené terapie je také užívání léku L-DOPA, který byl všem probandům řádně podáván.

Klíčová slova: Parkinsonova choroba, kombinovaná terapie, resocializace, ucelená rehabilitace, sociální adaptabilita.

focused on the evaluation of functional independence (*FIM test – Functional Independence Measure*). Comparison of the obtained data between input and output testing was performed by Tukey HSD test at the significance level $\alpha = 0.05$.

Results: The achieved results (at the level of significance $\alpha = 0.05$) show that the monitored group of probands achieved better results compared to the testing period and the initial testing. An integral part of the effectiveness of the chosen therapy is also the use of the drug L-DOPA, which was properly administered to all probands.

Key words: Parkinson's disease, combined therapy, resocialization, comprehensive rehabilitation, social adaptability.

ÚVOD

Parkinsonova nemoc (dále jen PN) je v zastoupení druhým nejčastěji se vyskytujícím neurodegenerativním onemocněním po Alzheimerově nemoci. Počet výskytů tohoto onemocnění nad 50 let v pěti zemích západní Evropy s nejvyšším počtem obyvatel společně s nejlidnatějšími zeměmi světa se odhaduje na zhruba 4,6 milionu osob trpících tímto onemocněním.^{1,2} PN lze charakterizovat jako onemocnění se širokým spektrem motorických a non-motorických symptomů. Právě pro takto komplexní onemocnění je vhodný interdisciplinární model péče zahrnující především léčebnou a sociální složku.³ Celkově mluvíme o pomalu progredujícím onemocnění centrálního nervového systému s charakteristickou tetradou motorických příznaků (bradykineze, rigidita, klidový tremor, posturální změny) a dále pak řadou již zmiňovaných non-motorických příznaků, mezi které řadíme sensorické poruchy, autonomní poruchy, neuropsychiatrické poruchy, spánkové a kognitivní potíže.⁴ Kromě motorických obtíží, které limitují pacienta při vykonávání běžných denních činností, jsou zde poměrně často, až v 78,2 %, zastoupeny také poruchy kognitivních funkcí.

Tyto poruchy jsou pak typické především pro pozdní stadium onemocnění, kdy mluvíme o demenci při Parkinsonově nemoci (*dle MKN-10; F02.3*). Typickou problematikou je pak narušení exekutivních funkcí, porucha pozornosti a vizuosociálních funkcí. Stejně tak se zde projevuje porucha verbální fluence. Mezi další doprovodné symptomy řadíme apatii, deprese, iluze nebo halucinace (především vizuální).⁵ Cílem indikované léčby je tak dosáhnout dostatečné a vyrovnané kontroly jednotlivých symptomů. U pacientů mladších 70 let bez souběžné komorbiditity může být zvolena jakákoliv terapie, zatímco u pacientů

starších 70 let s kognitivním postižením je převážně indikována léčba L-DOPA, tedy léčba apomorfinem. Podstatou nejen léčby, ale také rehabilitace je udržet a podporovat kvalitu života jedinců trpících Parkinsonovou nemocí. Jednotlivé komplikace mohou z dlouhodobého hlediska vést pacienta až do sociální izolace.⁶ Kombinace motorických a kognitivních deficitů se tak stává složitou problematikou, na kterou je důležité pohlížet komplexně, tedy zaměřit se v terapii právě na všechny narušené oblasti, nepřístupovat k nim izolovaně. Na základě kognitivních deficitů může docházet u pacientů ke změně v dynamice rodinných či ostatních sociálních vztahů, čímž se pacienti dostávají do již zmiňované sociální izolace a narůstá omezení jejich kvality života.^{7,8} Rehabilitace cílená na podporu kognitivních a motorických funkcí si klade za cíl především rozvíjet komplexně zvládání každodenních aktivit (*z angl. ADL, all day living*). Jedná se tak o individuální, ale také skupinový, přístup s následnou podporou stimulace funkční nezávislosti. Jednotlivé intervence se odvíjejí od individuálních potřeb daných pacientů. Mezi časté požadavky patří edukace s ohledem na využívání moderních technologií a kompenzačních pomůcek, self-management, strategii při užívání léků či vylepšení a zapojení se do sociálních interakcí a volnočasových aktivit. Moderním trendem je také využití roboticky asistované terapie, která cíleně rozvíjí jemnou či hrubou motoriku.^{9–12} Robotická rehabilitace je pokročilou rehabilitační technologií, která vznikla jako modifikace terapie chůze. Neurofyziologická východiska této terapie jsou založena na míšni anatomii, plasticitě nervového systému a motorickém učení. Jedná se tak o vyspělou technologii podílející se na rozvoji nejen hrubé motoriky, ale také jemné s ohledem na jednotlivé symptomy daných onemocnění.¹³

METODY, CÍLE, ŠETŘENÝ SOUBOR

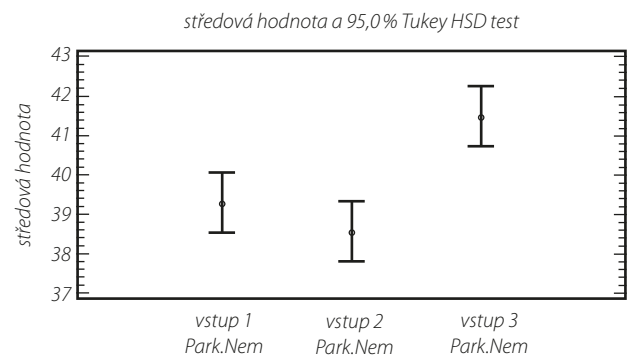
Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má psychomotorická terapie za využití prvků ergoterapie (s podporou kognitivní rehabilitace a roboticky asistované terapie; motomed) na sociální adaptabilitu osob trpících Parkinsonovou nemocí umístěných v zařízeních poskytujících sociální služby s ohledem na délku stanovené diagnózy a délku pobytu v zařízení. Výzkumné šetření bylo realizováno u 39 (100%) probandů, při zastoupení 26 (66,7% podíl) mužů ve věkovém rozmezí 64–71 let a 13 (33,3% podíl) žen ve věkovém rozmezí 67–70 let. Dalším relevantním znakem byla délka pobytu vybraných probandů, která činila minimálně 1 rok od nástupu do zařízení. Takto vybraný výzkumný soubor byl rozdělen dle dalšího kritéria záměrným výběrem, tedy 39 probandů s diagnózou Parkinsonova nemoc (dle MKN-10; G20 v kategorii G20–G26: extrapyramidové a pohybové poruchy), u kterých byla pravidelně indikována rehabilitační péče (především ergoterapie). Intervence trvala intenzivně tři měsíce (12 týdnů), 4x týdně po dobu cca 45 minut na jednoho probanda s využitím roboticky asistované terapie (Motomed Reck Viva a Gloreha), podporující cíleně rozvoj jemné a hrubé motoriky s nácvikem lokomoce. Roboticky asistované terapie se probandi účastnili v průměru 30 min individuální formou, obvykle po psychomotorickém skupinovém cvičení. Vstupní a výstupní data jsme zajistili za využití standardizovaného testu, zaměřeného na hodnocení funkční nezávislosti (*FIM test – Functional Independence Measure*).

Komparace získaných dat mezi vstupním a výstupním testováním byla provedena Tukey HSD testem na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Takto sestavená terapie doplňovala běžné aktivity nabízené daným zařízením. Jednalo se tak o navýšení rehabilitačních přístupů. Terapie probíhala formou individuální a skupinovou za respektování všech požadavků a potřeb daných probandů za využití všech kompenzačních pomůcek, kterými probandi disponovali.

VÝSLEDKY

V případě podpory sociální adaptability osob s Parkinsonovou nemocí byly zjištěny následující výsledky. Testování probíhalo ve třech etapách. První testování (Vstup1) bylo realizováno po přijetí do zařízení poskytujícího sociální služby. Druhé testování (Vstup2) bylo realizováno před zahájením naší stanovené intervence (testování všech probandů probíhalo v průběhu 14 dní před zahájením intervence). Následně bylo po 12 týdnech pravidelné intervence realizováno výstupní testování (Výstup). Z grafu 1 je patrné, že se probandi při prvotním vstupním vyšetření, po přijetí do zařízení, pohybovali v průměru 39,3 bodu ve sledované oblasti zaměřené na zvládnání běžných denních činností. Při druhém vstupním testování je patrné průměrné zhoršení o jeden bod, tedy 38,6 bodu. Po naší zrealizované intervenci se však bodové hodnocení zvýšilo na průměrných 41,5 bodu, tedy zhruba o 3 body v této sledované oblasti. V případě rozvoje a podpory zvládnání běžných denních činností došlo k celkovému zlepšení.

V další sledované oblasti zaměřené na rozvoj pohyblivosti jsme pozorovali taktéž bodově lepší hodnocení oproti vstupním výsledkům. Je patrné, že při prvotním testování

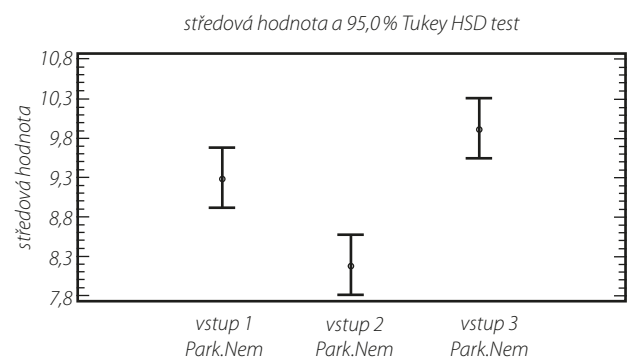


Graf 1, tab. 1. Vliv intervence na rozvoj zvládnání běžných denních aktivit

Pozn.: Komparace mezi 1. vstupním, 2. vstupním a výstupním testováním pacientů s Parkinsonovou nemocí. Vstup1-Park.Nem. – první vstupní vyšetření po přijetí do zařízení pacientů s Parkinsonovou nemocí, Vstup2-Park.Nem. – druhé vstupní vyšetření před zahájením intervence pacientů s Parkinsonovou nemocí, Výstup-Park.Nem. – výstupní vyšetření po ukončení intervence pacientů s Parkinsonovou nemocí ($P = 0,00238$).

Kontrast	Mean	Lower Limit	Upper Limit
Vstup1-Park.Nem.	39,2821	38,5194	40,0448
Vstup2-Park.Nem.	38,5641	37,89014	39,3268
Výstup-Park.Nem.	41,4872	40,7245	42,2499

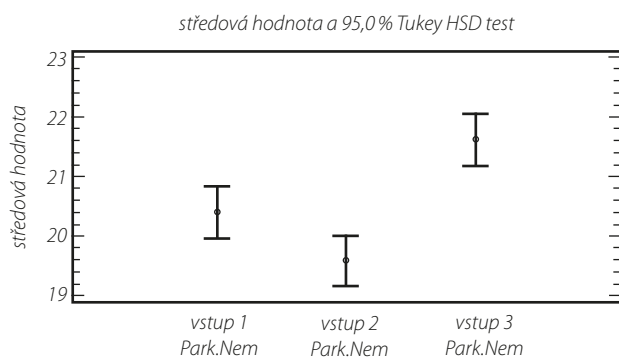
po přijetí do zařízení se pacienti pohybovali na průměrné bodové úrovni 9,3 bodu, při druhém vstupním testování, tedy před zahájením intervence, se probandi zhoršili v průměru o 1 bod, tedy pohybovali se na bodové úrovni 8,2 bodu. Při výstupním testování po ukončení naší intervence se probandi v průměru pohybovali na bodové úrovni 9,9 bodu. Došlo tedy ke zlepšení v průměru o 1,7 bodu ve sledované oblasti. Graf 2 zobrazuje zlepšení ve sledované oblasti zaměřené na rozvoj pohyblivosti. Graf 3 poukazuje



Graf 2, tab. 2. Vliv intervence na rozvoj pohyblivosti

Pozn.: Komparace mezi 1. vstupním, 2. vstupním a výstupním testováním pacientů s Parkinsonovou nemocí. Vstup1-Park.Nem. – první vstupní vyšetření po přijetí do zařízení pacientů s Parkinsonovou nemocí, Vstup2-Park.Nem. – druhé vstupní vyšetření před zahájením intervence pacientů s Parkinsonovou nemocí, Výstup-Park.Nem. – výstupní vyšetření po ukončení intervence pacientů s Parkinsonovou nemocí ($P = 0,000010082$).

Kontrast	Mean	Lower Limit	Upper Limit
Vstup1-Park.Nem.	9,30769	8,9279	9,68748
Vstup2-Park.Nem.	8,20513	7,82534	8,58492
Výstup-Park.Nem.	9,92308	9,54329	10,3029



Graf 3, tab. 3. **Vliv intervence na sociální adaptaci**

Pozn.: Komparace mezi 1. vstupním, 2. vstupním a výstupním testováním pacientů s Parkinsonovou nemocí. Vstup1-Park.Nem. – první vstupní vyšetření po přijetí do zařízení pacientů s Parkinsonovou nemocí, Vstup2-Park.Nem. – druhé vstupní vyšetření před zahájením intervence pacientů s Parkinsonovou nemocí, Výstup-Park.Nem. – výstupní vyšetření po ukončení intervence pacientů s Parkinsonovou nemocí ($P = 0,000003167$).

Kontrast	Mean	Lower Limit	Upper Limit
Vstup1-Park.Nem.	20,4103	19,9784	20,8421
Vstup2-Park.Nem.	19,5897	19,1579	20,0216
Výstup-Park.Nem.	21,6154	21,1835	22,0473

na výsledky ve sledované oblasti zaměřené na podporu sociální adaptace. Při prvotním testování, které bylo jako u předchozích oblastí realizováno po přijetí do zařízení, se probandí pohybovali na bodové úrovni v průměru 20,4 bodu. Při druhém vstupním vyšetření, před zahájením intervence, se probandí mírně v testovaných oblastech zhoršili, a to v průměru o 1 bod, tedy se pohybovali na bodové úrovni 19,6 bodu. Při výstupním vyšetření jsme zaznamenali zlepšení, probandí se po ukončení naší intervence zlepšili v průměru o 2 body a pohybovali se tak na bodové úrovni 21,6 bodu.

DISKUSE A ZÁVĚR

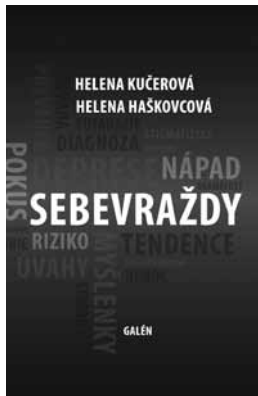
Na základě dosažených výsledků jsme stanovili následná doporučení. U Parkinsonovy choroby se na základě

výše zmíněného potýkáme s kombinací více deficitů, které prostupují jak motorickou, tak také kognitivní složkou. Pacient se rychle dostává do sociální izolace v případě, že nejsou jednotlivé symptomy tohoto onemocnění dostatečně stimulovány za pomoci intenzivních terapeutických přístupů. To vede k postupnému zhoršování stavu. I navzdory progresivním změnám, které jsou typické pro toto onemocnění, lze dosahovat lepších výsledků. Prvotním doporučujícím bodem je pravidelná/trvalá a intenzivní terapie. Jedná se nejen o využití moderních přístupů (v našem případě roboticky asistovaná terapie), ale také o klasické rehabilitační přístupy a psychomotorická cvičení, která podporují rozvoj nejen motoriky, ale také kognitivních funkcí.^{14–16} Pokud chceme, aby pacienti byli i nadále sociálně adaptabilní, nelze je stimulovat pouze motoricky, ale také kognitivně. Z tohoto faktu vyplývají naše výsledky a následná doporučení pro praxi. Samotná terapie byla cíleně rozdělena na individuální a skupinovou, při které docházelo právě k rozvoji sociální adaptability daných probandů. Ergoterapie měla za cíl rozvíjet jak motorické, tak kognitivní funkce spolu s návikem modelových činností, které reflektovaly aktuální stav probandů. Modelové činnosti byly cíleny na zvládnání běžných denních aktivit i s limity, které se u probandů v individuálním měřítku projevovaly. Prezentované výsledky poukazují na bodové zlepšení ve sledovaných ukazatelích. Je však potřeba zmínit, že v rámci přímého pozorování jsou tyto změny jen minimálně patrné. Výsledky poukazují také na fakt, že aktuálně nastavená terapie je pro tento typ pacientů nedostačující, k čemuž přispívají další faktory (nedostatek rehabilitačních pracovníků atp.). Při prvotním vstupním testování byla stanovena bodová hranice, která se zhoršila v případě našeho vstupního testování před zahájením intervence. Jde tedy o to, že realizovaná terapie pacientům prospívala jen minimálně či jim neprospívala vůbec. Po námi zvolené a realizované intervenci se však bodové hodnocení mírně zlepšilo, což poukazuje na fakt, že je důležitá pravidelná intervence s návikem modelových činností podporující aktivity denního života. Závěrem bychom rádi podotkli, že za globální cíl práce s touto skupinou lze považovat dosažení takové adaptace, která vede k eliminaci vyloučení a diskriminace této věkové skupiny z majoritní společnosti. Definovat to můžeme jako podporu aktivního života i během stáří.¹⁷

LITERATURA

1. Srp M et al. Fyzioterapie u Parkinsonovy nemoci v České republice – demografická studie. *Cesk Slov Neurol N* 2018; 81/114 (2): 194–198.
2. Dorsey ER et al. Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030. *Neurology* 2007; 65 (5): 384–386.
3. Keus SHJ et al. European Physiotherapy Guideline for Parkinson's disease 2014, KNGF/ParkinsonNET, the Netherlands.
4. Kopal A. Levodopa-kardidopa intestinální gel v léčbě Parkinsonovy nemoci – kazuistika. *Neurol praxi* 2016; 17 (6): 397–400.
5. Nevrlý M. Je třeba léčit demenci u Parkinsonovy nemoci? *Neurol praxi* 2016; 17 (5): 333–334.
6. Meluš V et al. Kvalita života pacientov s Parkinsonovou chorobou na Slovensku. *Neurol praxi* 2019; 20 (3): 2019–2224.
7. Plzák V. a T. Nikolai. Kognitivní rehabilitace pacientů s Parkinsonovou nemocí. *Cesk Slov Neurol N* 2020; 83 (1): 14–20.
8. Kim KS, Kim BJ, Kim KH et al. Subjective and objective caregiver burden in Parkinson's disease. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2007; 37 (2): 242–248.
9. Watermeyer TJ, Hindle JV, Roberts J et al. Goal setting for cognitive rehabilitation in mild to moderate Parkinson's disease dementia and dementia with Lewy bodies. *Parkinson's Disease* 2016; 2016: 8285041.
10. Pena J, Ibarretxe-Bilbao N, García-Gorostiaga I et al. Improving functional disability and cognition in Parkinson disease: randomized controlled trial. *Neurology* 2014; 83 (23): 2167–2174.

11. Sinforiani E, Banchieri L, Zucchella C et al. Cognitive rehabilitation in Parkinson's disease. Arch Gerontol Geriatr Suppl 2004; 9: 387–391.
12. Hindle JV, Watermayer TJ, Roberts J et al. Goal-orientated cognitive rehabilitation for dementias associated with Parkinson's disease pilot randomised controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry 2018; 33 (5): 718–728.
13. Wiart L, Rosychuk RJ, Wright FV. Evaluation of the effectiveness of robotic gait training and gait-focused physical therapy programs for children and youth with cerebral palsy: a mixed methods RCT. BMC Neurol 2016; 16: 88.
14. Vostrý M, Fischer S, Žukov I. Podpora sociální adaptability osob s Alzheimerovou chorobou lehkého typu. Čes a Slov psychiat 2019; 155 (5): 174–178.
15. Mohlman J, Chazin D, Georgescu B. Feasibility and acceptance of a nonpharmacological cognitive re-mediation intervention for patients with Parkinson disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 2011; 24 (2): 91–97.
16. Adamski N, Adler M, Opwis K et al. A pilot study on the benefit of cognitive rehabilitation in Parkinson's disease. Ther Adv Neurol Disord 2016; 9 (3): 153–164.
17. Probst M. et al. Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? The open Complementary Medicine Journal 2010; 2: 150–113.



300 Kč, Galén, 2020,
130 × 200 mm, 170 stran,
vázané

Helena Kučerová, Helena Haškovcová

SEBEVRAŽDY

Kniha dvou zkušených autorek se věnuje široké škále otázek spojených se sebevražednými aktivitami.

V úvodní kapitole Helena Haškovcová mapuje širší souvislosti sebevražedného jednání z hlediska filozofie a zejména upozorňuje na problematiku asistovaných sebevražd jako jedné z forem eutanazie.

Helena Kučerová se ve své části věnuje depresím a různým dalším pohnutkám, které vedou pacienty k úvahám o sebevraždě, nebo i k jejímu provedení. Ze své bohaté praxe vybrala patnáct kazuistik, kdy se u pacientů objevily třeba i pouhé sebevražedné nápady, díky léčbě tyto pacienti svoje zlé nápady korigovali, mnohdy se za ně pak i styděli. Součástí knihy jsou i pasáže věnované aktivitám pozitivním, vedoucím ke kreativnímu životu, které slouží rovněž jako prevence nejruznějších forem depresivního prožívání a pocitů beznaděje. Mimořádně aktuální závěrečná část knihy je věnována problematice života v karanténě a během pandemie a nabízí informace o prevenci a možnostech psychiatrické péče v tak složité situaci.

Kniha je adresována psychiatrům a dalším lékařům, psychologům, zdravotním sestřám i studentům medicíny, dále též pedagogům, právníkům, policistům a všem dalším odborníkům, kteří se mohou se sebevražednými aktivitami setkat.



250 Kč, Galén, 2020,
130 × 200, 109 stran, vázané

Roman Jiráček

DELIRIA

z pohledu psychiatra

Stručná monografie předního českého psychiatra zkoumá, shrnuje a představuje problematiku delirií – poruch vědomí, kterým není ani v zahraniční odborné literatuře věnována zasloužená péče.

Deliria a stavy zmatenosti představují velmi závažné psychické stavy vyskytující se především jako komorbidní poruchy při těžších somatických onemocněních a intoxikacích. Mnohdy se vyskytují také jako komorbidní syndrom u některých demencí. Tyto organické mozkové syndromy zhoršují prognózu somatických poruch, zvyšují mortalitu, prodlužují dobu léčby, zkracují délku života a ohrožují pacienty úpadkem kognitivních funkcí. Výrazně zhoršují kvalitu života pacientů i jejich nejbližších rodinných příslušníků a prodražují terapii.

Základní znalosti o deliriích by měli mít lékaři všech klinických oborů, protože se mohou vyskytnout skutečně v kterémkoli věku a u různých somatických stavů.