



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ**

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΝΟΣΟΣ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΚΑΙ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΕΣΧΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Π.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗΣ

Β.ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΒΑΓΙΑ ΜΑΡΙΑ

A.M. 11243

Τελειώνοντας τη σχολή λογοθεραπείας θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω τους καθηγητές του ΤΕΙ Ηπείρου, για τις γνώσεις και τις εμπειρίες τους, που μου πρόσφεραν το χρονικό διάστημα της φοίτησης μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέπων καθηγητή Κο Δ. Πέσχο, για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη που μου παρείχε για την συγγραφή αυτής της εργασίας.

Επίσης την προΐσταμένη του τμήματος ΜΕΘ του Π.Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων και τους συναδέλφους μου, τους φίλους μου και βασικά την οικογένεια μου για την υπομονή τους και την αγάπη τους.

Τέλος να ευχαριστήσω τις επόπτριες καθηγήτριες της εξάμηνης πρακτικής μου άσκησης, Κα Χρ. Αθανασιάδη, Α.Λαμπρινού για την ευκαιρία που μου δώσανε να εφαρμόσω σε περιστατικά τις θεωρητικές μου γνώσεις , καθώς και τις πολύτιμες γνώσεις τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος του Πάρκινσον είναι η δεύτερη συχνότερη πάθηση του εγκεφάλου μετά τη νόσο του Alzheimer. Αφορά όχι μόνο ηλικιωμένους, όπως πιστεύουν πολλοί, αλλά και νέους ανθρώπους που ακόμα εργάζονται όπως επίσης και στην οικογένεια τους, αποτελώντας έτσι ένα σοβαρό και σύνθετο κοινωνικό πρόβλημα. Η αναγνώριση των συμπτωμάτων της νόσου και η σωστή ενημέρωση και υποστήριξη είναι για αυτούς μια ανάγκη. Τα προβλήματα της νόσου είναι κυρίως κινητικά (τρέμουλο, δυσκαμψία, βραδύτητα κινήσεων, αστάθεια) αλλά τελευταία δίνεται έμφαση και στα μη κινητικά όπως η κατάθλιψη, η διαταραχή μνήμης, η διαταραχή ύπνου, διαταραχές της φωνής και τελευταία δυσκολίες στην λήψη τροφής.

Επειδή η νόσος είναι χρόνια και έχει κινητική συμπτωματολογία, ο ασθενής δυσκολεύεται στις καθημερινές του δραστηριότητες με αποτέλεσμα να αδυνατεί να εργαστεί και να επιβαρύνει τον φροντιστή του. Πρόκειται δηλαδή για μια πάθηση που αφορά την οικογένεια και συνεπώς μεγαλύτερο αριθμό ατόμων της κοινωνίας μας. Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν θεραπείες που εφαρμόζονται και στην Ελλάδα οι οποίες μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με νόσο Πάρκινσον.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	σελ.	6-10
Εισαγωγή.....	σελ.	11
1. Ορισμός	σελ.	12
2. Τύποι της νόσου Πάρκινσον.....	σελ.	12- 13
3. Τι προκαλεί τη νόσο Πάρκινσον.....	σελ.	13 - 14
4. Αίτια και παθογένεια της νόσου Πάρκινσον και Παρκινσονισμού.....	σελ.	14 - 17
5. Τα βασικά παρκινσονικά συμπτώματα.....	σελ.	17
5.1. Η ακινησία και η βραδυκινησία.....	σελ.	17 - 18
5.2. Η δυσκαμψία.....	σελ.	18 - 19
5.3. Ο τρόμος.....	σελ.	19 - 20
5.4. Οι διαταραχές της στάσης και της βάδισης	σελ.	21 - 22
5.5. Δευτερογενείς κλινικές διαταραχές.....	σελ.	22
5.5.1. Προσωπική και στοματοφαρυγγική δυσλειτουργία.....	σελ.	22 - 23
5.5.2. Μυοσκελετικές παραμορφώσεις.....	σελ.	23
5.5.3. Τα άλγη και οι αισθητικές διαταραχές.....	σελ.	23- 24
5.5.4. Διαταραχές από το αυτόνομο σύστημα...	σελ.	24 - 25
5.5.5. Δερματολογικά προβλήματα.....	σελ.	25
5.5.6. Οι διαταραχές του ύπνου.....	σελ.	25
5.5.7. Η οφθαλμοκινητικότητα στη νόσο του	σελ.	26

Πάρκινσον και στα παρκινσονικά σύνδρομα

5.5.8.	Το πρόβλημα του άλγους στη νόσο του Πάρκινσον.....	σελ.	27 - 28
5.5.9.	Οι σεξουαλικές διαταραχές.....	σελ.	28
5.5.10.	Οι διαταραχές της όσφρησης στη νόσο του Πάρκινσον.....	σελ.	28- 29
5.5.11.	Η μυϊκή ισχύς και η κόπωση στη νόσο του Πάρκινσον.....	σελ.	29
6.	Οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών στη νόσο του Πάρκινσον.....	σελ.	30
6.1.	Οι διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών.....	σελ.	30 - 31
6.2.	Οι συμπεριφορικές διαταραχές.....	σελ.	31 - 32
7.	Οι νοητικές διαταραχές.....	σελ.	32
8.	Οι διαταραχές της μνήμης.....	σελ.	33
8.1.	Οι διαταραχές της λειτουργικής μνήμης...	σελ.	33
8.2.	Οι διαταραχές της συνειδητής μνήμης...	σελ.	33
8.3.	Οι διαταραχές της μη συνειδητής μνήμης	σελ.	34
9.	Οι οπτικοχωρικές διαταραχές.....	σελ.	34 - 35
10.	Το πρόβλημα της οδήγησης.....	σελ.	35 - 37
11.	Οι διαταραχές του λόγου στη ΝΠ.....	σελ.	37 - 38
12.	Επιδημιολογία της νόσου του Πάρκινσον.....	σελ.	38- 39

13. Διαφορική διάγνωση.....	σελ.	39 - 40
14. Η συμβολή της απεικόνισης στη διάγνωση...	σελ.	40 - 41
15. Διάγνωση της νόσου Πάρκινσον.....	σελ.	41 - 42
16. Κλίμακες αξιολόγησης.....	σελ.	42
17. Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου Parkinson...	σελ.	43 - 44
17.1. Ενοποιημένη κλίμακα βαθμολόγησης της νόσου του Parkinson.....	σελ.	45
18. Σταδιοποίηση της νόσου.....	σελ.	46 - 47
19. Η κλίμακα των Schwab & England των καθημερινών δραστηριοτήτων.....	σελ.	47 - 48
20. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	σελ.	48
20.1. Συμπτωματική θεραπεία.....	σελ.	48
20.2. Φαρμακευτική θεραπεία.....	σελ.	49 - 53
20.3. Χειρουργική αντιμετώπιση.....	σελ.	53 - 54
20.4. Θεραπευτική προσφορά και Αντιμετώπιση. Είδη και μορφές θεραπείας	σελ.	54
20.4.1. Ψυχολογική παρέμβαση - είδη ψυχοθεραπείας.....	σελ.	54
20.4.2. Υποστηρικτική – Συμβουλευτική ή ψυχοθεραπευτική διαδικασία ψυχολογικής θεραπείας	σελ.	55 - 56
20.4.3. Συμπτωματολογία καταθλιπτικών διαταραχών στη νόσο Πάρκινσον.....	σελ.	56 - 58

20.5.	Σημασία και βάση της κατάθλιψης στις ψυχοθεραπευτικές σχολές.....	σελ.	58
20.6.	Ψυχοθεραπευτικές σχολές.....	σελ.	59
21.	Το κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα της νόσου του Πάρκινσον.....	σελ.	59
21.1	Νόσος του Πάρκινσον και ποιότητα ζωής	σελ.	59 -60
21.2	Το οικονομικό κόστος της νόσου του Πάρκινσον.....	σελ.	60 - 61
22.	Χαρακτηριστικά ομιλίας σε ασθενείς με νόσο Πάρκινσον.....	σελ.	62 -63
23.	Ρόλος λογοθεραπευτή.....	σελ.	63
24.	Αξιολόγηση φωνής.....	σελ.	64 - 65
24.1.	Ασκήσεις χαλάρωσης.....	σελ.	65 - 68
24.2.	Ασκήσεις εκμάθησης διαφραγματικής αναπνοής.....	σελ.	68 - 70
24.3.	Ασκήσεις αναπνοής.....	σελ.	70 - 73
24.4.	Ασκήσεις για τη βελτίωση προσέγγισης των φωνητικών χορδών.....	σελ.	73
24.5.	Ασκήσεις για μείωση έντονης γλωττι- δικής αποφόρτισης κατά την έναρξη της φωνής....	σελ.	74 -80
24.6.	Εύρεση βέλτιστου τόνου.....	σελ.	80
24.7.	Ασκήσεις βελτίωσης ηχηρότητας.....	σελ.	80-82

24.8.	Ασκήσεις πριν την άρθρωση.....	σελ.	82- 83
24.8.1.	Ασκήσεις άρθρωσης.....	σελ.	83- 85
24.9.	Ασκήσεις φώνησης στον αυθόρμητο λόγο	σελ.	86 - 87
24.10.	Ασκήσεις εκμάθησης προσωδίας.....	σελ.	88 -94
24.11.	Φωνητική θεραπεία LSVT.....	σελ.	94 -95
25.	Δυσκαταποσία – δυσφαγία.....	σελ.	95 - 96
26.	Ομάδες ασκήσεων της αιτιολογικής θεραπευτικής μεθόδου.....	σελ.	96
26.1.	Αιτιολογική μέθοδος θεραπείας.....	σελ.	96- 97
26.2.	Στοματοπροσωπική οδός.....	σελ.	97
26.3.	Φαρυγγολαρυγγική οδός.....	σελ.	97
26.4.	Πρότυπα στάσης.....	σελ.	97 -98
26.5.	Ασκήσεις προετοιμασίας.....	σελ.	98
26.6.	Πρότυπα της κεφαλής και του λαιμού	σελ.	99-100
26.7.	Λειτουργίες της στοματοπροσωπικής οδού	σελ	100 - 103
26.8.	Λειτουργίες της φαρυγγολαρυγγικής οδού	σελ.	103 -104
26.9.	Αντισταθμιστική μέθοδος θεραπείας.....	σελ.	104 -106
27.	Ασκήσεις κατάποσης.....	σελ.	106 - 111

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1817 στο Λονδίνο, ένας γενικός παθολόγος, ο James Parkinson δημοσίευσε ένα δοκίμιο για την « τρομώδη παράλυση », όπου περιέγραφε 6 ασθενείς με το σύνδρομο, που από τότε έχει γίνει γνωστό ως νόσος του Parkinson ή τρομώδης παράλυση (Paralysis agitans). Τρεις από αυτούς τους ασθενείς παρατηρήθηκαν στο δρόμο και δεν εξετάστηκαν. Έτσι ο James Parkinson , αν και αναγνώριζε τα περισσότερα από τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της κατάστασης, εξέλαβε την βραδυκινησία ως αδυναμία και σκέφτηκε ότι το πρόβλημα πρέπει να βρίσκεται στην ανώτερη μοίρα της αυχενικής περιοχής της σπονδυλικής στήλης. Πέρασαν πάνω από 100 χρόνια πριν αναγνωρισθεί ο ρόλος των βασικών γαγγλίων και μόλις τις τελευταίες 2 δεκαετίες διασαφηνίστηκαν οι υποκείμενες βιοχημικές ανωμαλίες.

Σήμερα, μιλάμε πλέον για ένα κλινικό σύνδρομο με κύρια χαρακτηριστικά τη δυσκαμψία , τη βραδυκινησία, τον τρόμο που εμφανίζεται κατά την ηρεμία και τις διαταραχές της στάσης. Όπως προέκυψε από τη μελέτη της λειτουργικής φυσιολογίας των βασικών γαγγλίων , οι διαταραχές της στάσης περιλαμβάνουν την εγκατάσταση καμπτικού προτύπου , την έλλειψη των αντιδράσεων ισορροπίας και τη μείωση της στροφής του κορμού.

1.ΟΡΙΣΜΟΣ

Η νόσος του Πάρκινσον ή Παρκινσονισμός , όπως συνηθίζεται να λέγεται , είναι μία αργά εξελισσόμενη νευρολογική διαταραχή, η οποία προκαλείται από την εκφύλιση συγκεκριμένων νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου . Είναι εξωπυραμιδική δυσκινησία , ή απλά μια διαταραχή της κίνησης. Ο όρος εξωπυραμιδικός αναφέρεται στα ανατομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά που διακρίνουν το κινητικό σύστημα του εγκεφάλου - ρυθμιζόμενο από τα βασικά γάγγλια, από εκείνο του πυραμιδικού (φλοιονωτιαίου) και παραγκεφαλιδικού συστήματος.

Οι διαταραχές κίνησης οφειλόμενες σε δυσλειτουργία του εξωπυραμιδικού συστήματος κατηγοριοποιούνται σε α) υποκινησίες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από αδυναμία και βραδύτητα των κινήσεων, β) υπερκινησίες, οι οποίες με την σειρά τους εκδηλώνονται με παθολογικές ακούσιες κινήσεις και γ) σε άλλες ετερόκλητες διαταραχές της κίνησης. Η νόσος Πάρκινσον είναι ένα κλινικό σύνδρομο του εξωπυραμιδικού συστήματος και εντάσσεται στην α) ομάδα διαταραχών κίνησης. Χαρακτηρίζεται από τέσσερα κυρίαρχα σημεία : το κινητικό τρέμουλο εν αναπαύσει ή εν ηρεμία (απαντάται συχνά και με τον όρο : τρόμος ηρεμίας), τη μυϊκή δυσκαμψία ή ακαμψία, τη βραδυκινησία ή ακινησία και την ορθοστατική αστάθεια (αστάθεια κατά την ορθή θέση του σώματος).(Μ.Γεωργιάδης, 2006)

2.Τύποι της νόσου Πάρκινσον

Οι κυριότεροι τύποι του Παρκινσονισμού είναι οι εξής :

1. πρωτογενής ή ιδιοπαθής
2. δευτερογενής ή επίκτητος
3. κληρονομικό - εκφυλιστικός
4. παρκινσονισμός + (συν) ή εκφυλιστικό σύνδρομο πολλαπλών

συστημάτων

(Μ.Γεωργιάδης, 2006)

3.Τι προκαλεί τη νόσο Πάρκινσον ;

Οι κινήσεις μας ελέγχονται από νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Για να γίνει η έναρξη της κίνησης, τα κύτταρα μεταβιβάζουν ερεθίσματα το ένα στο άλλο- και στο υπόλοιπο σώμα χρησιμοποιώντας νευροδιαβιβαστές (εικόνα 1). Στους υγιείς ανθρώπους αυτά μεταβιβάζονται ομαλά. Όμως στους ασθενείς με τη νόσο του Πάρκινσον, τα μηνύματα παρεμποδίζονται και δεν μεταβιβάζονται ομαλά στους μυς. Τότε ανακύπτουν και τα προβλήματα ελέγχου της κίνησης.

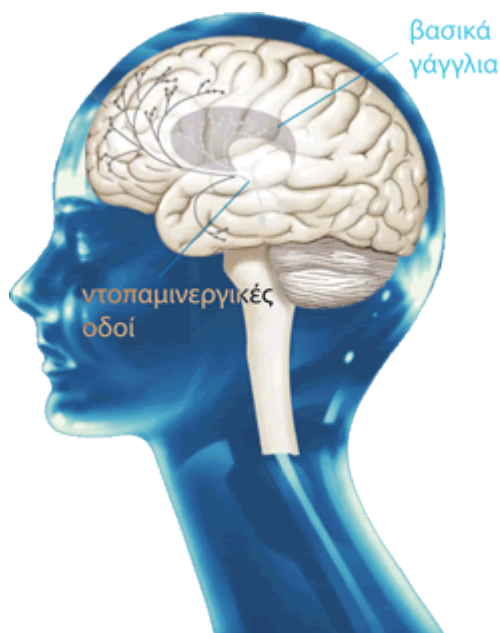
Τα μηνύματα δεν καταφέρνουν να μεταβιβαστούν σωστά λόγω έλλειψης ντοπαμίνης- ενός από τους νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται στον έλεγχο της κίνησης. Στους ανθρώπους που πάσχουν από τη νόσο του Πάρκινσον, το 70 με 80 % των κυττάρων που παράγουν ντοπαμίνη έχουν εκφυλιστεί και πεθάνει. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε μια μικρή περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται μέλαινα ουσία. Όταν υπάρχει ανεπάρκεια ντοπαμίνης, τα νευρικά κύτταρα δεν λειτουργούν σωστά και δεν μπορούν να μεταβιβάσουν μηνύματα στον εγκέφαλο, με συνέπεια την εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου του Πάρκινσον.

Αν και η ντοπαμίνη είναι ο κύριος νευροδιαβιβαστής που επηρεάζεται στη νόσο του Πάρκινσον, μπορούν να παρατηρηθούν διαταραχές και σε άλλους νευροδιαβιβαστές. Αυτό ερμηνεύει εν μέρει τον λόγο που η απλή υποκατάσταση της ντοπαμίνης δεν φέρνει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Οι διαταραχές και άλλων νευροδιαβιβαστών μπορεί επίσης να ερμηνεύσουν τον λόγο για τον οποίο υπάρχουν πολλά μη κινητικά συμπτώματα στη νόσο του Πάρκινσον.

Δεν είναι ξεκάθαρος ο λόγος που τα κύτταρα που παράγουν ντοπαμίνη εξαντλούνται τόσο γρήγορα. Γενικά θεωρείται ότι εμπλέκονται αρκετοί παράγοντες και η σύγχρονη έρευνα ενοχοποιεί τη γήρανση, ιούς, γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Επίσης δεν είναι ξεκάθαρος

ο λόγος που συγκεκριμένοι άνθρωποι εκδηλώνουν τη νόσο του Πάρκινσον και όχι κάποιοι άλλοι.

(www.neurodiagnosis.gr,2011)



εικόνα1.

4.Αίτια και παθογένεια της νόσου Πάρκινσον και Παρκινσονισμού

1. *Πρωτογενής ή ιδιοπαθής* (στην οποία περιλαμβάνονται η νόσος του Πάρκινσον και ο νεανικός Παρκινσονισμός) , τα αίτια που προκαλούν τη νόσο δεν είναι γνωστά. Τα αίτια λοιπόν αυτού του τύπου μπορεί να είναι είτε οικογενή ή να οφείλονται σε ηλικιακή γήρανση, αποτελεί όμως ευρέως αντιληπτό ότι μπορεί εξίσου να έχουν ιογενή παθογένεση. Συχνότερα εκδηλώνεται σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών.

2. *Δευτερογενή (επίκτητου ή συμπτωματικού) Παρκινσονισμού*, όπως ονομάζεται , μια από τις πιο συνηθείς τυπολογίες αποτελεί **(α)** ο μετεγκεφαλιτικός (ιογενής) τύπος. Ο μετεγκεφαλιτικός τύπος αρχικά εμφανίστηκε ως διαταραχή ή " αρρώστια του ύπνου ή λήθαργου".

πρωτοεμφανίστηκε ως αρρώστια το χειμώνα του 1916-17 και εξαφανίστηκε το 1927. Μετονομάστηκε ως μετεγκεφαλιτικός λήθαργος. Μονολότι τα συμπτώματα του μετεγκεφαλικού τύπου παρουσιάζουν μια εκπληκτική ποικιλομορφία μεταξύ των ασθενών - καθώς είναι δύσκολο δύο ασθενείς να παρουσιάζουν την ίδια συμπτωματολογία, προτάθηκε ένας τύπος εγκεφαλικής βλάβης που πιθανά σχετίζεται με ιογενή προσβολή αρκετών ασθενών. Τα κυριότερα συμπτώματα του συγκεκριμένου μετεγκεφαλικού συνδρόμου εκδηλώνονται με ημιπάρεση, ακούσιες οφθαλμικές κινήσεις (κρίσεις οφθαλμο- περιστροφής), δυστονία , χορεία, τικς και συμπεριφορικά προβλήματα. Ειδικότερα, μερικοί ασθενείς πέθαναν σε κατάσταση κώματος ή παρατεταμένης αϋπνίας. Ενώ μικρός αριθμός ασθενών δείχνει να αναρρώνει από την "αρρώστια του λήθαργου ή ληθαργική εγκεφαλίτιδα", οι περισσότεροι ασθενείς αναπτύσσουν νευρολογικές ή ψυχιατρικές διαταραχές και Παρκινσονισμό. Η λανθάνουσα περίοδος μεταξύ έναρξης της νόσου και των συνακόλουθων καταστάσεων της δεν έχει διατυπωθεί ούτε εξηγηθεί μέχρι σήμερα με ακρίβεια. Παρόλες της δυσκολίας διάγνωσης και μη εξηγήσιμες αιτίες παθογένεσης, ο μετεγκεφαλιτικός τύπος παρουσιάζει βραδεία εξέλιξη και η καταπολέμηση του είναι επιτυχής με λεβοντόπα.

Μια δεύτερη (**β**) αιτία παθογένεσης είναι η σχετιζόμενη με τη χορήγηση ενέσιμων ουσιών μορφή Παρκινσονισμού, ονομαζόμενη ως *Παρκινσονισμός προκληθείς από ουσίες*. Ειδικότερα η εκδήλωση της νόσου εμφανίζεται μετά την χορήγηση ηρεμιστικών και νευροληπτικών ουσιών (αντιεμετικά, αντιψυχωτικά) , όπως της ρεζερπίνης, τετραβεναζίνης, α-μεθυλντόπας, λιθίου, φλουναριζίνης, κινναριζίνης και αρκετών άλλων σκευασμάτων όπως της φαινοθειαζίνης και βουτυροφαινόνης. Τα τελευταία σκευάσματα φαρμάκων (αντιψυχωτικά) χορηγούνται ως φαρμακευτική αγωγή κατά την πορεία θεραπείας της σχιζοφρένειας, προκαλώντας ψευδοΠαρκινσονισμό. Τα συμπτώματα από τη χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων είναι αναστρέψιμα, όμως κατά την περίοδο

δράσης τους μοιάζουν με αυτά της αυθεντικής ν.Π. Επίσης αρκετοί είναι οι επιπλέον παράγοντες που προκαλούν Παρκινσονισμό, και συνήθως η διαφορική διάγνωση είναι απαραίτητη για τη διάκριση εκείνων των διαταραχών που προκαλούν τουλάχιστον μερικώς το σύνδρομο Παρκινσονισμού.

(γ) Μια άλλη αιτία παθογένεσης είναι οι ουσίες τοξινών, όπως η συνθετική ηρωίνη. Μια μολυσματική ουσία συνθετικής ηρωίνης, η MPTP (1-μεθύλιο-4φαινύλιο-1,2,3,6-τετραυδροπυριδίνη), αφού οξειδωθεί και μετατραπεί σε μεθυλοφαινυλοπυριδίνη (MPP+) γίνεται τοξική στα ντοπαμινεργικά κύτταρα. Συνήθως νεαροί χρήστες αυτών των επεξεργασμένων σκευασμάτων παρουσιάζουν όλα τα συμπτώματα του Παρκινσονισμού. Άλλες τοξίνες που μπορεί να προκαλέσουν Παρκινσονισμό είναι, το μονοξείδιο του άνθρακα, η μεθανόλη και εθανόλη. Επίσης δευτερογενής Παρκινσονισμός προκαλείται και

(δ) από αγγειακά νοσήματα, όπως πολλαπλό έμφραγμα και υποτασικό σοκ.

(ε) Έχει βρεθεί ότι επιπρόσθετοι αιτιογενείς παράγοντες που μπορεί να επιδράσουν στην εκδήλωση του Παρκινσονισμού αφορούν την παραθυρεοειδή παθολογία, τον υποθυρεοειδισμό, την ηπατοεγκεφαλική εκφύλιση, τους εγκεφαλικούς όγκους, την αρτηριοσκλήρωση προκληθείσα από δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα ή δηλητηρίαση από μαγγάνιο και τον υδροκεφαλισμό "κανονικής πίεσης".

3. Μερικοί από τους παθογενείς παράγοντες που συγκροτούν την τρίτη ομάδα παθογενούς αιτιολογίας- ονομαζόμενη και ως *κληρονομικο-εκφυλιστικός Παρκινσονισμός*, περιλαμβάνει τη νόσο Χάντινγκτον (Huntington), τη νόσο Γουίλσον (Wilson), τον οικογενή Παρκινσονισμό με περιφερική νευροπάθεια, την οικογενή αποτιάνωση των βασικών γαγγλίων, τη νόσο των σωματίων του Lewy, τη νευροακανθοκύτωση ή νευροακανθο-κυττάρωση. Πρέπει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των

περιπτώσεων που προσβάλλονται από τον κληρονομικό - εκφυλιστικό χαρακτήρα της νόσου είναι εξαιρετικά μικρό.

4. Σύμφωνα με την τέταρτη ομάδα τυπολογίας που κατηγοροποιείται παθολογικά ως *εκφυλιστικό σύνδρομο πολλαπλών συστημάτων* και κλινικά ως *Παρκινσονισμός-συν*, οι ασθενείς πάσχουν από μια διάχυτη διαταραχή που επηρεάζει πολλά λειτουργικά συστήματα. Υπολογίζεται ότι περίπου το 10-15% των ασθενών, προσβάλλονται από το σύνδρομο του Παρκινσονισμού-συν. Οι ασθενείς εκτός της Παρκινσονικής συμπτωματολογίας εμφανίζουν υπερπυρηνική οφθαλμοπάρεση, δυσαυτονομία, αταξία, απραξία, συναίσθημα αποξένωσης άνω άκρων, άνοια τύπου Αλτσχάιμερ(Alzheimer)με παρκινσονικά στοιχεία, νόσο κινητικών νευρώνων και αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση.

(Μ.Γεωργιάδης, 2006)

5.Τα βασικά παρκινσονικά συμπτώματα

5.1.Η ακινησία και η βραδυκινησία

Ο όρος ‘ακινησία’ αναφέρεται στην αδυναμία να αρχίσει μια εκούσια κίνηση ή στην τάση που έχει αυτή η εκούσια κίνηση να σταματήσει ακουσίως. Ο όρος ‘βραδυκινησία’ αναφέρεται στη βραδύτητα των εκουσίων κινήσεων.

Οι Mc Dowell και συν.(1981),αναφέρουν ότι οι όροι ακινησία και βραδυκινησία σημαίνουν αντίστοιχα την πλήρη αδυναμία ή την ελάττωση της ικανότητας για την έναρξη, την ομαλή εκτέλεση και ολοκλήρωση των αυτομάτων και εκουσίων κινήσεων. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται συχνότερα ο όρος ‘ακινησία’.

Η μείωση της ικανότητας που παρατηρείται στην ακινησία δεν συνδέεται με παρετικά ή παραλυτικά συμπτώματα. Είναι ένα ιδιόμορφο ψυχοκινητικό φαινόμενο κατά το οποίο ο ασθενής έχει χάσει την πρωτοβουλία και τον αυθορμητισμό στις κινήσεις του. Έχει την αίσθηση ότι έχει ‘παγώσει’. Είναι αναγκασμένος να σκέπτεται εκ των προτέρων την

κάθε του κίνηση, ακόμη και στις πιο αυτόματες και πιο απλές. Ο παρκινσονικός είναι ένας ισόβια καταδικασμένος σε εκούσιες μόνο κινήσεις .

Αυτή η διαταραχή προσδίδει στον ασθενή χαρακτηριστική εμφάνιση ,η οποία και μόνο είναι αρκετή μερικές φορές να τεθεί η διάγνωση. Έχει επιπτώσεις σε όλες τις δραστηριότητες, οι οποίες απαιτούν κινητική λειτουργία.

5.2.Η δυσκαμψία

Η αύξηση του μυϊκού τόνου έχει χαρακτηριστικά γνωρίσματα, που διευκολύνουν την αναγνώριση της και επιτρέπουν τη διάγνωση, διότι μπορεί να είναι το μοναδικό πρώιμο σύμπτωμα για μακρό χρονικό διάστημα μετά την έναρξη της νόσου. Από την εξωπυραμιδική υπερτονία εξαρτάται η θέση και η στάση του παρκινσονικού. Προσβάλλει όλους τους μυς, συναγωνιστές και ανταγωνιστές. αλλά προέχει κυρίως στους αντιβαρικούς μυς του τραχήλου, του κορμού και των κεντρικών τμημάτων των άκρων. Περισσότερο ακόμη αυξημένη είναι στους καμπτήρες μυς.

Περιγράφεται σαν ‘πλαστική υπερτονία’. Η παθητική κίνηση ενός μέλους του σώματος εμφανίζει μια ‘κηρώδη αντίσταση’, η οποία παρατηρείται στην αρχή και διατηρείται καθ όλη τη διάρκεια της κίνησης. Διαφέρει δε κατά τούτο από την πυραμιδική υπερτονία, η οποία αυξάνει προοδευτικά κατά την κίνηση.

Η κηρώδης αυτή αντίσταση που χαρακτηρίζει την εξωπυραμιδική υπερτονία δεν είναι σταθερή, αλλά ενισχύεται συχνά από μικρές ώσεις με βραχεία μεσοδιαστήματα χαλάρωσης. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται ‘σημείο του οδοντωτού τροχού’ και είναι περισσότερο εμφανές στις αρθρώσεις του αγκώνα και του καρπού.

Σε προχωρημένες μορφές της νόσου η θέση του ασθενή χαρακτηριστική. Η ράχη γέρνει προς τα εμπρός, η κεφαλή ομοίως κ ενίοτε πλάγια, τα ισχία και τα γόνατα είναι σε ελαφριά κάμψη. Οι ώμοι φέρονται

προς τα εμπρός, οι βραχίονες είναι κολλημένοι στον κορμό, τα αντιβράχια σε κάμψη και προς τα έσω στροφή. Στο χέρι οι φάλαγγες των δακτύλων είναι σε έκταση και ελαφρά απόκλιση προς το ωλένιο χείλος και σχηματίζουν σαφή γωνία με τα οστά των μετακαρπίων. Οι παραμορφώσεις στα πόδια είναι σπανιότερες, άλλοτε εμφανίζονται σαν κάμψη των δακτύλων και άλλοτε σαν έκταση κυρίως του μεγάλου δακτύλου, οπότε δυσχεραίνει το βάδισμα.

5.3.Ο τρόμος

Ο παρκινσονικός τρόμος εμφανίζεται κατά την ηρεμία, προκαλεί την προσοχή του ασθενή και του περιβάλλοντός του και είναι συχνά πρώιμο σύμπτωμα που οδηγεί τον ασθενή στο γιατρό. Δεν είναι απόλυτα σταθερό σύμπτωμα, ενίοτε μπορεί να εμφανισθεί όψιμα κατά την εξέλιξη της νόσου.

Στην αρχή ο ασθενής εμφανίζει ένα αίσθημα εσωτερικού τρόμου ενός άκρου, συνήθως των δακτύλων των χειρών, χωρίς αντικειμενικά φαινόμενα.(εικόνα 2) Με την πάροδο του χρόνου, όμως, ο τρόμος γίνεται ορατός, κυρίως κατά την κόπωση και τη συγκίνηση. Αργότερα οι συνθήκες αυτές συντελούν στην αύξηση του υπάρχοντος τρόμου. Σε προχωρημένες και βαρείες μορφές ο τρόμος προκαλεί πραγματική αναπηρία. Σχεδόν πάντοτε διατηρεί μια υπεροχή στην πλευρά που πρωτοεμφανίστηκε. Οι τρομώδεις κινήσεις των δακτύλων των χειρών είναι χαρακτηριστικές, με διαδοχικές κινήσεις κάμψης και έκτασης κατά μήκος ενός άξονα με ελαφρά κάμψη, ενώ ο μέλος δάκτυλος κινείται σε φορά προσαγωγής-απαγωγής. Τούτο έδωσε συχνά διάφορους χαρακτηρισμούς στον τρόπο από τους παλαιότερους συγγραφείς, 'δίκην καταμέτρησης κερμάτων', 'κατασκευής καταποτίων', 'στρίψιμο τσιγάρου' κα. Όταν ο τρόμος είναι έντονος, τότε προσβάλλει την άρθρωση του καρπού και του αντιβραχίου. Στα κάτω άκρα εμφανίζονται συνήθως κινήσεις στο επίπεδο της

ποδοκνημικής άρθρωσης και σπανιότερα προσαγωγής-απαγωγής των μηρών. Η προσβολή του τράχηλου και της κεφαλής είναι σπανιότερη. Η κάτω γνάθος, τα χείλη, η γλώσσα μπορούν να εμφανίσουν τρομώδεις κινήσεις, αλλά ποτέ οι οφθαλμικοί μύες. Συνήθως εμφανίζεται προοδευτικά σε μια θέση πλήρους χαλάρωσης του μέλους και υποχωρεί στην αλλαγή θέσης η κατά την εκούσια κίνηση. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο. Τρόμος θέσης μπορεί να συνυπάρχει με τρόμο ηρεμίας. Μερικές φορές η νόσος του Πάρκινσον μπορεί να αρχίσει μόνο με τρόμο θέσης, παρόμοιο με τον ιδιοπαθή τρόπο, χωρίς διαταραχή του μυϊκού τόνου. Αυτές οι μορφές έχουν ιδιαίτερα καλή πρόγνωση, αλλά δυσχεραίνουν την αρχική διάγνωση.

Κατά την ηλεκτρομυογραφική εξέταση εμφανίζεται συνήθως μια διαδοχή από ρυθμικές πνοές με μεσοδιαστήματα ηρεμίας. Ο ρυθμός είναι 4-7c/sec. Συχνά οι καταγραφικές εικόνες εμφανίζουν ατρακτοειδή μορφή, η οποία εξαφανίζεται με την ενεργητική ή παθητική κινητοποίηση του μέλους. Η εξέταση της έντασης του τρόμου γίνεται με διάφορες υποκειμενικές και αντικειμενικές δοκιμασίες. Αναφέρονται πολυάριθμες δοκιμασίες ανάλογα με τον εξοπλισμό και τις τεχνικές δυνατότητες των διαφόρων εργαστηρίων.

5.4.Οι διαταραχές της στάσης και της βάρδισης

Στην αρχική παρκινσονική τριάδα,(τρόμος, δυσκαμψία, βραδυκαμψία),προστέθηκαν τα τελευταία χρόνια και οι διαταραχές της στάσης-βάρδισης. Οι διαταραχές αυτές ευθύνονται για ένα μεγάλο ποσοστό της κινητικής αναπηρίας κατά την πορεία εξέλιξης της νόσου , είναι δυνατό όμως να παρατηρηθούν από την αρχή. Πρόκειται για διαταραχές των αντανακλαστικών της θέσης του σώματος , που προσδίδουν στον ασθενή μια εικόνα κάμψης του κορμού και της κεφαλής.(εικόνα2) Στην αρχή οι διαταραχές αποκαλύπτονται κατά την αιώρηση των άνω άκρων κατά τη βάρδιση, προοδευτικά ο ασθενής δυσκολεύεται να ξεκινήσει ,σαν

τα πόδια του να είναι ‘κολλημένα’ στο πάτωμα. Μερικές φορές επινοούνται μερικά ‘τρυκ’ , να δρασκελίζει ένα αντικείμενο που τοποθετείται εμπρός από τα πόδια του. Προτρέπεται να σηκώνει το πόδι σκεπτόμενος την κίνηση, να κάνει ‘ σημειωτόν’ κτλ. Μένει όμως καθλωμένος , ‘ μαρμαρωμένος’(freezing), με μια εικόνα που είναι διαφορετική από άλλες μορφές ακινησίας και βραδυκινήσιας. Η διαταραχή αυτή αναφέρεται συχνά ως *monobloc* και παρατηρείται επίσης όταν ο ασθενής προσπαθεί να καθίσει στην πολυθρόνα οπότε πέφτει μονοκόμματα. Παράλληλα με το ‘ πάγωμα’ παρατηρείται ενίοτε ένα αντίθετο φαινόμενο , όπου ξαφνικά ο ασθενής κάνει κινήσεις απρόσμενες, π.χ. να ανεβεί ταχύτατα στη σκάλα του λεωφορείου. Το φαινόμενο αναφέρεται ως ‘ παράδοξη κινητικότητα’. Οι παραπάνω εκδηλώσεις δεν συνδέονται με τη φαρμακευτική αγωγή και δεν πρέπει να συγχέονται με τα on- off φαινόμενα.

Όταν αρχίζει η εκκίνηση στη βάδιση, τότε σέρνει τα βήματά του που είναι μικρά και αργά (μικροβηματισμός)παίρνοντας κλίση προς τα εμπρός, ως εάν να κυνηγά το κέντρο βάρους του σώματός του. Ενίοτε μετά την εκκίνηση επιταχύνει το βάδισμα με ακούσια τάση να τρέχει μη μπορώντας να σταματήσει και με κίνδυνο να προσκρούσει σε αντικείμενα που βρίσκονται εμπρός του. Στις περιπτώσεις αυτές ,είναι συχνές οι πτώσεις και μερικές φορές με κατάγματα του ισχίου.

Η διαφορική διάγνωση δεν παρουσιάζει προβλήματα, κυρίως γίνεται από την παρεγκεφαλιδική αταξία κατά την οποία παρατηρείται διεύρυνση του πολυγώνου στήριξης και βάδισμα ζικ ζακ.

5.5. Δευτερογενείς κλινικές διαταραχές

5.5.1. Προσωπική και στοματοφαρυγγική δυσλειτουργία

Η σπαστικότητα των προσωπικών μυών οδηγεί κατά κανόνα σε χαρακτηριστική εικόνα-προσωπείο δίκην μάσκας, ανέκφραστο προσωπείο-

που εντυπωσιάζει το περιβάλλον του ασθενή. Η ομιλία είναι μονότονη, με χαμηλή ένταση φωνής, συχνά επαναλαμβάνεται η πρώτη συλλαβή (παλιλαλία), ενίοτε λέξεις και φράσεις προφέρονται χωρίς συντονισμό. Παρατηρείται σιελόρροια σε ποσοστό περίπου 80% των ασθενών λόγω διαταραχών στην κατάποση με συνοδό ενόχλημα τη δυσφαγία, φαινόμενο που παρατηρείται συνήθως σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Εάν η δυσφαγία εμφανισθεί από την αρχή θα πρέπει να ερευνηθεί το ενδεχόμενο άλλων εξωπυραμιδικών συνδρόμων.

Η δυσφαγία είναι σχετικά συχνή στο ΝΠ σε ποσοστό 30-80% και αφορά κυρίως τη στοματοφαρυγγική φάση της κατάποσης. Ενίοτε η δυσφαγία σχετίζεται με εισρόφηση τροφών σε ποσοστό 15-56%. Οι διαταραχές αυτές αντιμετωπίζονται εν μέρει με αλλαγή του τρόπου σίτισης και με ρύθμιση των γευμάτων σε σχέση με την αντιπαρκινσονική αγωγή.

Η διαταραχή της όσφρησης παρουσιάζεται σαν πρώιμο σημείο της νόσου. Για το σύμπτωμα αυτό δεν παραπονούνται οι ασθενείς και θα πρέπει να αναζητηθεί. Δεν συσχετίζεται με κινητικά φαινόμενα ούτε με την πορεία της νόσου. Οι Paulson & Stern (2004) αναφέρουν ότι η διαταραχή της όσφρησης θα μπορούσε να βοηθήσει στη διάκριση της ΝΠ από άλλες μορφές παρκινσονισμού, καθότι ασθενείς με προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση και ιδιοπαθή τρόμο, δεν εμφανίζουν παρόμοιες διαταραχές.

5.5.2. Μυοσκελετικές παραμορφώσεις

Παραμορφώσεις σε χέρια και πόδια είναι συχνό εύρημα στη ΝΠ. Στα χέρια παρατηρείται απόκλιση των φαλάγγων προς τα έξω με κάμψη των μετακαρποφαλαγγικών αρθρώσεων (striatal hand). Συχνά παρατηρείται έκταση του μεγάλου δακτύλου του ποδός με νυκτερινές κράμπες ιδιαίτερα ενοχλητικές. Οι κράμπες αυτές είναι συχνό επακόλουθο της ντοπαθεραπείας αλλά είναι και συχνό φαινόμενο της νόσου.

Σταθερό εύρημα είναι η προοδευτική κύρτωση της σπονδυλικής στήλης λόγω υπερίσχυσης του σπασμού των προσθίων παρασπονδυλικών μυών. Η κύρτωση αυτή οδηγεί συχνά σε μεγάλη κάμψη του κορμού μέχρι και πλέον των 90 μοιρών. Οι διαταραχές αυτές έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη στάση του σώματος και στη βάδιση.

Πολλοί ασθενείς παραπονούνται για οιδήματα των άκρων. Είναι αποτέλεσμα τόσο της βραδυκινησίας όσο και της μείωσης του αγγειακού τόνου που οδηγεί σε περιφερικά οιδήματα από φλεβική στάση. Προς τούτο λαμβάνει διάφορα ανακουφιστικά μέτρα, όπως κινήσεις των άκρων, ανάρροπος θέση, ελαστικοί επίδεσμοι κ.α.

5.5.3. Τα άλγη και οι αισθητικές διαταραχές

Παρόλο ότι η ΝΠ δεν χαρακτηρίζεται από διαταραχές του περιφερικού νευρικού συστήματος, πολύ συχνά οι ασθενείς παραπονούνται για διάχυτα άλγη των άκρων κυρίως των κάτω. Τα άλγη αυτά είναι παράλληλα με τις κινητικές διαταραχές και συχνά εκφράζονται σαν μυϊκές κράμπες, δυστονία ακαμψία, αρθραλγίες κ.α.

Οι αισθητικές διαταραχές είναι εξίσου συχνές, αλλά δεν συνδέονται με σημεία περιφερικής νευροπάθειας. Εμφανίζονται σαν αιμωδίες, αίσθημα καύσου, νυγμών κατά την πορεία της νόσου, ανεξαρτήτως της φαρμακοθεραπείας και των κινητικών διαταραχών.

Οι Korrel et al.(1984), βρήκαν παραισθητικές διαταραχές σε ποσοστό 40% των πασχόντων, περισσότερο προς την πάσχουσα πλευρά με ασθενείς με ημιπαρκινσονισμό. Η αιτία των αισθητικών διαταραχών στη ΝΠ δεν είναι σαφής. Οι Paulson & Stern (2004), πιθανολογούν το ρόλο των βασικών γαγγλίων και του θαλάμου στους μηχανισμούς της αισθητικότητας.

Οι αισθητικές διαταραχές στη ΝΠ είναι δυνατό να αποτελούν στοιχείο των ανήσυχων κνημών (restless legs syndrome) το οποίο παρατηρείται συχνότερα στη ΝΠ από ότι σε υγιείς μάρτυρες. Συνήθως το

σύνδρομο των ανήσυχων κνημών αρχίζει μετά την εμφάνιση των παρκινσονικών συμπτωμάτων και είναι δυνατό να συνοδεύεται από χαμηλά επίπεδα φερριτίνης του ορού. Η παρουσία του συνδρόμου τούτου ενωρίς στη ζωή ενός ατόμου δεν προϋποθέτει της ΝΠ αργότερα.

5.5.4. Διαταραχές από το αυτόνομο σύστημα

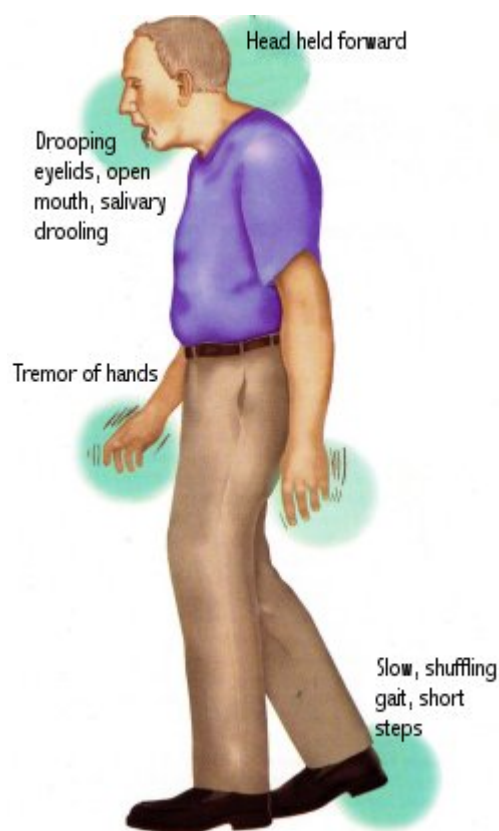
Αν και οι διαταραχές από το αυτόνομο σύστημα συνδέονται στενά με πολυσυστηματική ατροφία, αποτελεί σχεδόν κανόνα να εμφανίζονται τέτοιες διαταραχές στην πορεία της ΝΠ. Οι Goetz et al.(1986), αναφέρουν ότι η ΝΠ προκαλεί ελαφρά ανεπάρκεια του αυτόνομου συστήματος. Οι συνηθέστερες διαταραχές προέρχονται από το γαστρεντερικό και ουροποιητικό σύστημα. Η δυσκοιλιότητα είναι το κατεξοχήν περισσότερο ενοχλητικό σύμπτωμα και θεωρείται ότι οφείλεται σε ατονία του εντέρου. Αναφέρονται και διάφοροι παράγοντες που επιδεινώνουν την δυσκοιλιότητα, όπως διαιτολογικές παρεκτροπές, και η ντοπαθεραπεία. Οι κυστικές διαταραχές είναι κυρίως δυσουρία, συχνουρία, έπειξη προς ούρηση και οφείλονται υπεραντανακλαστικότητα της ουροδόχου κύστεως. Οι διαταραχές αυτές επειδή κατά κανόνα οι ασθενείς είναι μεγάλης ηλικίας είναι δυνατό να οδηγήσουν σε εσφαλμένες διαγνώσεις ακόμη και σε χειρουργικές επεμβάσεις για προστάτη.

5.5.5. Δερματολογικά προβλήματα

Παρατηρείται χρόνια σμηγματόρροια που οδηγεί σε εμφάνιση λιπαρού δέρματος, ιδίως στο πρόσωπο. Ενίοτε συνοδεύεται από ερύθημα και διάφορες κηλίδες στο δέρμα.

5.5.6. Οι διαταραχές του ύπνου

Οι διαταραχές του ύπνου είναι συνήθεις στη ΝΠ και αποτελούν πεδίο πολλών ερευνών. Μερικές φορές όμως δεν αναγνωρίζονται και θα πρέπει ο θεράπων ιατρός να τις αναζητήσει. Ορισμένες από αυτές οφείλονται στα παρκινσονικά συμπτώματα τα οποία διαταράσσουν τη φυσιολογική πορεία του ύπνου, άλλοτε είναι παρενέργειες φαρμάκων και άλλοτε άμεσο αποτέλεσμα της παθοφυσιολογικής διεργασίας της νόσου στο μηχανισμό του ύπνου. (Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)



εικόνα 2.

5.5.7. Η οφθαλμοκινητικότητα στη νόσο του Πάρκινσον και στα παρκινσονικά σύνδρομα

Η οφθαλμοκινητικότητα είναι σχετικά διαταραγμένη στη νόσο του Πάρκινσον (ΝΠ). Οι διαταραχές όμως αυτές είναι συνήθως ήπιες και παρατηρούνται κατά κανόνα σε εξελικτικές μορφές της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές η εξέταση των οφθαλμικών κινήσεων και το

οφθαλμολογράφημα δεν προσφέρουν αξιόλογη διαγνωστική βοήθεια. Αντιθέτως στην Προϊούσα Υπερπυρηνική Παράλυση (ΠΥΠ), οι διαταραχές είναι χαρακτηριστικές και τα καταγραφικά ευρήματα συμβάλλουν στη διάγνωση και μάλιστα στην πρόιμη.

5.5.8. Το πρόβλημα του άλγους στη νόσο του Πάρκινσον

Είναι γνωστό ότι ένας μεγάλος αριθμός παρκινσονικών αρρώστων παραπονείται για άλγη που μπορούν να προηγούνται η να συνοδεύουν τις κινητικές διαταραχές. Η συχνότητα τους υπολογίζεται σε 30-50% των ασθενών. Πολλοί από τους ασθενείς αυτούς απευθύνονται αρχικά σε ρευματολόγους ή ορθοπεδικούς ή ακόμη και σε ψυχίατρους με διαγνώσεις ασαφείς, π.χ. αρθρίτις, κα.

Από ιστορικής πλευράς ο Charcot (1877) είχε περιγράψει νευραλγικά και ρευματοειδή άλγη σε παρκινσονικούς ασθενείς. Αργότερα ο Mendell (1911), τις διάφορες παραισθητικές διαταραχές της νόσου. Μόλις κατά το 1976 οι Snider et al. βρήκαν ότι οι αισθητικές διαταραχές δεν αποτελούν οργανικό μέρος της νόσου, και ότι ενίοτε προηγούνται των κινητικών διαταραχών.

Το 1986 οι Goetz et al. περιέγραψαν διάφορους τύπους παρκινσονικού άλγους: τις κράμπες, οι οποίες εμφανίζονται κυρίως στη ραχιαία μοίρα του κορμού και στις κνήμες. Συχνά εμφανίζονται κατά την διάρκεια της νύκτας υπό μορφή ριζιτικού άλγους, σπασμών των δακτύλων των ποδών, χωρίς όμως ιδιαίτερη σχέση με τη δυσκαμψία ή τον τρόμο. Πολλές φορές είναι σε σχέση με την ντοπαθεραπεία, κυρίως σαν παρενέργεια στην αιχμή της δόσης, και άλλοτε με αρθρικές βλάβες. Έχουν επίσης περιγραφεί διαταραχές της αισθητικότητας.

Οι Quinn et al. (1986) περιέγραψαν 4 τύπους παρκινσονικού άλγους:

1. άλγη προσυμπτωματικά που προηγούνται της διάγνωσης, 2. άλγη off

χωρίς δυστονία (πρωινά άλγη, επώδυνα wearing off ,άλγη στην αρχή και στο τέλος της δόσης) 3. άλγη off με δυστονία (επώδυνοι σπασμοί, πρωινά άλγη) και 4. άλγη στην αιχμή της δόσης.

Σε πρόσφατη μελέτη οι Giuffrida et al. (2005), αναφέρουν ότι τα περισσότερα άλγη είναι μυϊκής προέλευσης, ακολουθούν τα οστεοαρθρικά και τέλος τα νευρογενή. Το 1/4 παρατηρείται στα πρώιμα στάδια της νόσου και το 1/3 είναι σε χρονική σχέση με τις κινητικές διακυμάνσεις.

5.5.9. Οι σεξουαλικές διαταραχές

Οι σεξουαλικές διαταραχές είναι σύνηθες εύρημα και εμφανίζονται άλλοτε ως υπερδραστηριότητα και άλλοτε ως ανικανότητα. Οι αιτίες είναι ποικίλες ενοχοποιείται το καταθλιπτικό σύνδρομο, η χρόνια κινητική δυσπραγία καθώς η ντοπαμινεργική αγωγή.

5.5.10. Οι διαταραχές της όσφρησης στη νόσο του Πάρκινσον

Αν και η όσφρηση κατέχει μια σημαντική θέση στο χώρο νευροεπιστημών η διερεύνησή της παραμελείται συχνά τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους ιατρούς. Το θέμα αυτό κατά τα τελευταία χρόνια βρίσκεται στην επικαιρότητα διότι έχουν παρατηρηθεί διαταραχές της όσφρησης σε πολλές νευροεκφυλιστικές παθήσεις, όπως η νόσος του Πάρκινσον και αυτή του Alzheimer και μάλιστα σε πρώιμα εξελικτικά στάδια.

Οι οσφρητικές διαταραχές στη νόσο του Πάρκινσον περιγράφηκαν για πρώτη φορά το 1975 από τους Ansari & Johnson. Αφορούν το 80-90% των ασθενών δηλαδή μια συχνότητα μεγαλύτερη και από τον τρόπο ηρεμίας.

Οι διαταραχές αυτές από τα πρώτα στάδια της νόσου, είναι περιφερικού ή και κεντρικού τύπου και ανιχνεύονται με ειδικές δοκιμασίες. Είναι κατά κανόνα σταθερές στην πορεία του χρόνου, δεν επηρεάζονται από τη βαρύτητα της νόσου ούτε από τα on-off φαινόμενα.

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η μείωση της οσφρητικής ικανότητας ακόμη και μεμονωμένη, θα μπορούσε σε ορισμένα άτομα να αποτελέσει σημείο πρόβλεψης της νόσου. Οι Demarquay et al. (2007) αναφέρουν ότι η μειωμένη ικανότητα όσφρησης σε συγγενείς παρκινσονικών πρώτου βαθμού αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου σε ποσοστό 10%. Αυτή η παρατήρηση είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι για πρώτη φορά αναφέρεται ένας παράγοντας κινδύνου για συγγενείς και ως τούτου θα πρέπει να ερευνηθεί λεπτομερέστερα.

5.5.11. Η μυϊκή ισχύς και η κόπωση στη νόσο του Πάρκινσον

Είναι γνωστό ότι οι παρκινσονικοί ασθενείς κατά κανόνα δεν παραπονιούνται για μυϊκή αδυναμία και ότι η μυϊκή ισχύς δεν παρουσιάζει πρόβλημα στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Όμως από λεπτομερείς νευροφυσιολογικές μετρήσεις προκύπτει ότι αυτή επηρεάζεται κατά τρόπο αναμφισβήτητο. Οι Zin και συν. (1998) σε δοκιμασίες μυϊκής σύσπασης κατέγραψαν μυϊκό κάματο περισσότερο στο πάσχον μέλος του σώματος.

Σε αντίθεση με την μυϊκή ισχύ πολλοί ασθενείς αναφέρουν αίσθημα κόπωσης το οποίο επηρεάζει σοβαρά τις καθημερινές τους δραστηριότητες, αλλά δυστυχώς στο θέμα αυτό δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με την επιδημιολογία και γενικότερα με το πρόβλημα της κόπωσης.

Από ορισμένες σποραδικές μελέτες διάφοροι ερευνητές έχουν συνδέσει την κόπωση με διάφορες παραμέτρους της ΠΝ, με τα κινητικά συμπτώματα, και την κινητική αναπηρία με την κατάθλιψη, με την

ντοπαθεραπεία , η οποία αναφέρει ότι άλλοτε βελτιώνει την κόπωση και άλλοτε όχι. (Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)

6.Οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών στη νόσο του Πάρκινσον

Κατά τα τελευταία χρόνια γίνονται πολλές αναφορές γύρω από τις διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών σε μη ανοικούς παρκινσονικούς ασθενείς. Περισσότερο αφορούν τις εκτελεστικές και οπτικό-χωρικές λειτουργίες και λιγότερο τις διαταραχές της μνήμης και του λόγου. Το ερώτημα είναι εάν οι διαταραχές αυτές αποτελούν μεμονομένα στοιχεία στην πορεία της νόσου, ή, σηματοδοτούν την έναρξη μιας μελλοντικής ανοικής συνδρομής. Στο θέμα αυτό οι Goldman et al. (1998), ερεύνησαν συγκριτικά νοητικές και κινητικές λειτουργίες σε παρκινσονικούς ασθενείς χωρίς άνοια και σε φυσιολογικούς μάρτυρες. Όπως ήταν αναμενόμενο, η ομάδα των υπόπτων για άνοια παρκινσονικών είχε περισσότερες νοητικές διαταραχές από τις άλλες ομάδες, αλλά το σημαντικότερο ήταν ότι η μη ανοικοί παρκινσονικοί είχαν περισσότερες διαταραχές σε δοκιμασίες της λεκτικής μνήμης, των κατασκευαστικών απραξιών, τις κατονομασίες σε σειρά, και οπτικό-χωρικών στοιχείων σε σχέση με τους φυσιολογικούς μάρτυρες. Με βάση τα στοιχεία αυτά οι Goldman et al. υποστήριξαν ότι οι ΝΠ θα μπορούσε να συνδέεται με ελαφρές διάχυτες νοητικές διαταραχές προδιαθέτοντας έτσι την περαιτέρω επιδείνωση τους. Παρόμοια ευρήματα είχαν αναφέρει και το 1990 οι Mohr et al.(1990b).(Μ.Καμπανάρου,2006)

6.1.Οι διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών

Οι διαταραχές αυτές έχουν σχέση με τη λειτουργία του μετωπιαίου λοβού. Πολυάριθμες μελέτες που χρονολογούνται πάνω από ένα αιώνα

καθόρισαν τις συμπεριφορικές και νοητικές διαταραχές σε σχέση με τη μετωπιαία παθολογία. Έδειξαν προέχουσες διαταραχές σε εκτελεστικές λειτουργίες που παρεμβαίνουν σε καταστάσεις που απαιτούν συνδυασμό σκέψης και έργου προς επιτέλεση ενός στόχου. Οι εκτελεστικές λειτουργίες διαταράσσονται σε πολλές παθήσεις μεταξύ των οποίων βασική θέση κατέχει η νόσος του Πάρκινσον.

Από κλινικής πλευράς, το δυσλειτουργικό σύνδρομο έχει τρεις παραμέτρους: τη διαγνωστική, στην ανίχνευση μιας παθολογικής διεργασίας, την προγνωστική, καθόσον η διατήρηση υποθηκεύει την αυτονομία του πάσχοντος και τη θεραπευτική, σε σχέση με ορισμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις συμπεριφορικών διαταραχών.

6.2.Οι συμπεριφορικές διαταραχές

Οι συμπεριφορικές διαταραχές, είναι πολυάριθμες: απάθεια, αδιαφορία, αδράνεια, ευφορία, μωρία, αφαίρεση, ψευδό-κατάθλιψη, παρορμητικές εκδηλώσεις, έλλειψη αναστολών, στερεοτυπίες, μυθοπλασίες, υπερκινητικότητα, απώλεια της ψυχικής αυτοδυναμίας, ανοσογνωσία, συναισθηματική παλινδρόμηση και συναισθηματική ακράτεια. Τα τελευταία χρόνια έχουν περιγραφεί στο χώρο αυτό συμπεριφορές μίμησης και χρήσης, το καλούμενο σύνδρομο απώλεια της ψυχικής αυτοδυναμίας, η αθυμορμία.

Αυτή η ποικιλία των αναφερόμενων όρων εκφράζει την πληθώρα των βλαπτικών καταστάσεων που εκδηλώνονται με διαταραχές της συμπεριφοράς.

Αν και οι συμπεριφορικές διαταραχές έχουν επί του παρόντος περιγραφεί ικανοποιητικά, ο μηχανισμός τους παραμένει σε πολλά σημεία αδιευκρίνιστος. Ορισμένες από αυτές αποτελούν κλινική έκφραση ενός γνωστικού ελλείμματος: Έτσι π.χ. η συνεχής ασυναίσθητη επανάληψη λέξεων ή φράσεων, εκφράζει διαταραχή στη αλληλουχία εννοιολογικών

καταστάσεων, οι μυθοπλασίες σε διαταραχή επιλογής συγκεκριμένων αναμνήσεων. Άλλες συμπεριφορές διαταραχές οφείλονται σε διαταραχή της επεξεργασίας πληροφοριών συγκινησιακού ή κοινωνικού περιεχομένου. Στη βάση των παραπάνω ερευνών, αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες, όπως η “θεωρία της σκέψης”, η οποία αναφέρεται σε διεργασίες πρόβλεψης της σκέψης του άλλου.

7. Οι νοητικές διαταραχές

Διαταραχές σε σχέση με την έναρξη και την αναστολή μιας εκτελεστικής λειτουργίας

Η διαταραχή στην έναρξη υποδηλώνει δυσκολία και βραδύτητα να ξεκινήσει κάποιο έργο, ενώ η αναστολή αναφέρεται σε ασθενείς παρορμητικούς ή με αναστολές.

Διαταραχές διάσπασης της προσοχής και συντονισμού μεταξύ δυο προσπαθειών

Χρησιμοποιούνται κυρίως δοκιμασίες καλούμενες ‘διπλών προσπαθειών’. Σύμφωνα με αυτές μια Α οπτικό-κινητική, (π.χ. διαγραφή στόχων) και μια Β ακουστικό-λεκτική (επανάληψη σειρών αριθμών), στην αρχή ξεχωριστά και κατόπιν ταυτόχρονα. Όταν η Α και Β γίνονται συγχρόνως, οι επιδόσεις μειώνονται που σημαίνει εντατικοποίηση της προσοχής.

Διαταραχές στη ροή των πληροφοριών

Χρησιμοποιούνται διάφορες δοκιμασίες με στόχο την ταχεία παραγωγή μιας σειράς ονομάτων άλλοτε μη γνωριμιών η οικείων π.χ. από το πρώτο γράμμα μιας λέξης (λεκτική ροή ονόματος), η αντικειμένου (λεκτική ροή σημασιολογική). Σύμφωνα με τις δοκιμασίες αυτές, γίνεται πρόσβαση στην αποθήκη των λέξεων, που ως γνωστό έχει σχέση με τον αριστερό βρεγματο-κροταφικό φλοιό καθώς επίσης και με στρατηγική

ενεργοποίησης όσο το δυνατό περισσότερων ονομάτων σε περιορισμένο χρόνο που έχει σχέση με τον προμετωπιαίο φλοιό.

8. Οι διαταραχές της μνήμης

8.1.Οι διαταραχές της λειτουργικής μνήμης

Η λειτουργική μνήμη αποτελεί ως γνωστό υποσύστημα της μνημονικής λειτουργίας όπου επιτελούνται διεργασίες αποθήκευσης, αφομοίωσης και ανάκλησης πληροφοριών ενώ ταυτόχρονα το άτομο επιτελεί κάποια άλλη νοηματική διεργασία. Δηλ. μέσα στην πορεία κάποιας νοητικής διεργασίας επιτελεί μια άλλη.

Η λειτουργική μνήμη διαταράσσεται στη ΝΠ. Οι Owen et al. (1997), σε ενδιαφέρουσα μελέτη μεταξύ ασθενών με αντιπαρκινσονική αγωγή και χωρίς αγωγή, χρησιμοποίησαν δοκιμασίες λεκτικής, χωρικής και οπτικής λειτουργικής μνήμης. Βρήκαν ότι οι ασθενείς χωρίς αγωγή με ελαφρά νόσο, δεν παρουσίαζαν διαταραχές, ενώ αυτοί με αγωγή, είχαν διαταραχές στη χωρική λειτουργική μνήμη, αλλά όχι στη λεκτική και στην οπτική. Αντίθετα ασθενείς με σοβαρή νόσο, είχαν διαταραχές σε όλες τις δοκιμασίες.

8.2.Οι διαταραχές της συνειδητής μνήμης

Οι διαταραχές της μνήμης και ιδίως της συνειδητής έχουν ερευνηθεί από πολλές πλευρές. Αν και σε απλές δοκιμασίες η αναγνώριση των χορηγούμενων ερεθισμάτων-λεκτικών και οπτικο-χωρικών φαίνεται ικανοποιητική, σε δοκιμασίες που είναι περισσότερο κοπιώδεις βρέθηκαν αξιοσημείωτες διαταραχές. Μετά από πολυάριθμες έρευνες τα στοιχεία δηλώνουν ότι η διαταραχή βρίσκεται στη στρατηγική ανάκληση των πληροφοριών.

8.3.Οι διαταραχές της μη συνειδητής μνήμης

Η μη συνειδητή μνήμη αποτελεί το δεύτερο μεγάλο υποσύστημα της μνήμης, καλούμενο επίσης διαδικαστική μνήμη. Αφορά γεγονότα που εγγαράσσονται υποσυνείδητα στη μνήμη και επηρεάζουν τις επιδόσεις της συνειδητής μνήμης. Η μνήμη αυτή μελετάται με διάφορες τεχνικές, μια από τις οποίες είναι το ‘φαινόμενο προπαίδευσης’. Το φαινόμενο προπαίδευσης είναι περισσότερο ένα εργαλείο μελέτης της διαδικαστικής μνήμης. Σύμφωνα με αυτό, μια πληροφορία που ελήφθη κάποτε, μπορεί να αναγνωρισθεί κάτω από δυσχερείς συνθήκες π.χ. μια λέξη εν μέσω θορύβων ή μια εικόνα εν μέσω φωτοσκιάσεων, ή επίσης να βρεθεί μια λέξη μόνον από ορισμένα της γράμματα.

Η μνήμη αυτή προσβάλλεται μερικώς στη ΝΠ και κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Ετέθη το ερώτημα εάν η διαταραχή αυτή σχετίζεται με νοητική έκπτωση, αλλά τα αποτελέσματα υπήρξαν αντιφατικά. Είναι όμως γνωστό ότι η διαδικαστική μνήμη προσβάλλεται μόνο στα τελευταία στάδια της νόσου του Alzheimer. Και θεωρείται το πλέον ανθεκτικό υποσύστημα της μνήμης στη νόσο αυτή.

9. Οι οπτικοχωρικές διαταραχές

Είναι γνωστό ότι οι παρκινσονικοί ασθενείς στην πορεία της νόσου εμφανίζουν ποικίλες οπτικοχωρικές διαταραχές που δεν σημαίνουν υποχρεωτικά άνοια. Αυτό το γεγονός καθιστά δυσχερή την εκτίμηση των διαταραχών αυτών σε σχέση με τη άνοια των παρκινσονικών. Οι δοκιμασίες οι οποίες χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των οπτικοχωρικών διαταραχών είναι εξειδικευμένες και σημαδεύουν ορισμένες λειτουργίες, όπως η οπτική αναγνώριση και προσοχή, η τοπογραφική μνήμη, ο τοπογραφικός σχεδιασμός. Όλες αυτές οι λειτουργίες αναφέρονται ως ‘οπτικοχωρικές επιδεξιότητες’. Έχουν το χαρακτηριστικό ότι απαιτούν επιδεξιότητα των κινήσεων των χεριών και

στρατηγικό σχεδιασμό, γεγονός που μειώνει την αξιοπιστία του αποτελέσματος λόγω των κινητικών διαταραχών των ασθενών.

Ορισμένες δοκιμασίες προσαρμοσμένες στα κινητικά προβλήματα της ΝΠ, δείχνουν κάποιες διαταραχές σε ήπιες μορφές της νόσου, κυρίως στην οπτική αντίληψη, οπτικοκινητική κατασκευαστική απραξία και αγνωσία προσώπων. Όμως άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι διαταραχές αυτές αντανακλούν σε εκτελεστικές δυσλειτουργίες των παρκινσονικών ασθενών λόγω διακοπής των μετωπιαίων φλοιοραβδωτών συνδέσεων.

10. Το πρόβλημα της οδήγησης

Γενικά η ικανότητα οδήγησης είναι μια σύνθετη δραστηριότητα στην οποία παρεμβαίνουν όχι μόνο νοητικές ικανότητες, αλλά και ψυχοκινητικές ιδιαιτερότητες. Πρόκειται για μια υποφλοιώδη δραστηριότητα αυτοματοποιημένη από τη μάθηση.

Συνήθως στα 5 πρώτα χρόνια μετά από την έναρξη της νόσου, δεν υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα στην οδήγηση, διότι η θεραπευτική αγωγή ρυθμίζει ικανοποιητικά την κατάσταση του ασθενή. Όσο όμως η νόσος εξελίσσεται, ο παρκινσονικός οδηγός αρχίζει να αντιμετωπίζει διάφορες δυσκολίες.

α. Επιμήκυνση του χρόνου αντίδρασης: η δύναμη και η ταχύτητα της κίνησης ελαττώνονται με αποτέλεσμα να αυξάνει ο χρόνος φρεναρίσματος κατά 30% (Zagnoli et Rouhart, 2006)

β. Κινητικές δυσκολίες: η βραδυκινησία είναι κυρίως η πρωτεύουσα αιτία. Ο ασθενής δυσκολεύεται να εισέλθει στο αυτοκίνητο και να κάνει τους απαραίτητους χειρισμούς, η δυσκαμψία εμποδίζει να γυρίσει το κεφάλι όταν κάνει όπισθεν. Ο χειρισμός των πηδαλίων είναι δυσχερής το πόδι μένει 'κολλημένο' επάνω στο πετάλι με όλες τις συνέπειες που θα μπορούσαν να προκύψουν από μια τέτοια δυσλειτουργία.

γ. Οι οπτικές διαταραχές όπως αναφέρεται παραπάνω και κυρίως η περιφερική όραση και η διαταραχή του *contrast*, εμποδίζουν την εκτίμηση των αποστάσεων.

δ. Οι διαταραχές της εγρήγορσης: η υπνηλία αποτελεί σημαντικό παράγοντα δυσκολίας και συχνά υποεκτιμάται από τον ασθενή. Μπορεί να γίνει αιτία να αποκοιμηθεί στο τιμόνι. Επεισόδια αιφνίδιας έλευσης ύπνου έχουν παρατηρηθεί σε χρήση ορισμένων ντοπαμινεργικών αγωνιστών κυρίως ροπινιρόλης καιπραμιπεξόλης. Ο ασθενής θα πρέπει να προειδοποιείται δεόντως. Επίσης συνιστάται ποσοτικός προσδιορισμός της υπνηλίας που θα μπορούσε να γίνει με την κλίμακα *Erworth*.

ε. Ψυχικές διαταραχές: αιφνίδια εμφάνιση ψευδαισθήσεων μπορεί να καταστεί ιδιαίτερα επικίνδυνη.

Συνέπεια των παραπάνω είναι ότι ο παρκινσονικός ασθενής έχει συχνά συμπεριφορά αρχάριου. Μειώνει τις μετακινήσεις είτε με πρωτοβουλία του, είτε μετά από παρακίνηση του περιβάλλοντός του. Τελικά παύει να οδηγεί αλλά αυτή η παύση συμβαίνει συχνά αργά. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο ασθενής υπερεκτιμά για μακρό χρονικό διάστημα τις δυνατότητές του.

Tests οδήγησης έχουν δείξει ότι η ικανότητα οδήγησης μειώνεται από τα πρώτα στάδια της νόσου, ότι ο κίνδυνος ατυχήματος είναι συνήθως μεγαλύτερος από τον μέσο όρο, αλλά δεν συνδέεται αυστηρά με τις επιδόσεις σε δοκιμασίες αναπηρίας. Συνήθως ο κίνδυνος αυξάνεται σημαντικά όταν η νόσος είναι βαρύτερη και όταν υπάρχουν νοητικές διαταραχές. Προκειμένου να μην περιορίζεται σημαντικά η αυτονομία των ασθενών, ορισμένοι ερευνητές προτείνουν κάποιους κανόνες στην οδήγηση, όπως να μειώνουν οι πάσχοντες τις διαδρομές ή να αποφεύγουν να οδηγούν σε ώρες που υπάρχει τάση για ύπνο. (Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)

11. Οι διαταραχές του λόγου στη ΝΠ

Οι διαταραχές του λόγου στη ΝΠ χαρακτηρίζουν κατά κανόνα τα όργανα αυτού δηλ. τα ανατομικά στοιχεία τα οποία εμπλέκονται στην άρθρωση και έκφραση αυτού. Πρόκειται κυρίως για τη δυσαρθρία (διαταραχή της άρθρωσης του λόγου), την υποφωνία (διαταραχή του τόνου και της έντασης του λόγου), την ταχεία έκφραση (tachyphemia) καθώς και την παρορμητική επανάληψη λέξεων και φράσεων.

Ο Illes (1989) ερεύνησε τον αυτόματο λόγο και βρήκε βραδεία και διστακτική εκκίνηση των φράσεων. Τα ευρήματα αυτά απέδωσε σε διαταραχές του προγραμματισμού των λεκτικών στοιχείων της έκφρασης του λόγου. Οι Ho και συν. (1999), μελέτησαν την ικανότητα ρύθμισης της ποσότητας του λόγου κάτω από διάφορες συνθήκες και βρήκαν διαταραχές που απέδωσαν σε δυσκολία εκτίμησης διαφόρων παραμέτρων (συντονισμός, αλληλουχία φωνητικών στοιχείων) που ήταν υπεύθυνες για τη σωστή έκφραση του λόγου.

Πολλοί ασθενείς ιδίως σε φράσεις off της νόσου εμφανίζουν φαινόμενα παλλιλαλίας συλλαβών, λέξεων ή και φράσεων. Ο λόγος είναι μονότονος, χωρίς το χρώμα και τον κατάλληλο τονισμό λέξεων και φράσεων που χαρακτηρίζουν την καλούμενη “προσωδία” της ομιλίας. Οι Blonder et al. (1989) αναφέρουν ότι οι παρκινσονικοί ασθενείς σε αρχικά στάδια της νόσου, είχαν δυσκολίες αναγνώρισης συγκινησιακών παραμέτρων του λόγου. Σε πρόσφατη σχετικά έρευνα ο Lloyd (1999), μελέτησε διάφορες φωνολογικές παραμέτρους (φωνολογική διάκριση, λεκτική πρόσβαση, σημασιολογικά στοιχεία με δοκιμασίες συγκινησιακής και μη εκτίμησης) σε 16 μη ανοικούς παρκινσονικούς ασθενείς. Βρήκε διαφορές σε εκτιμήσεις προσωδίας, αλλά όχι διαταραχές σε φωνολογικές, λεκτικές ή σημασιολογικές δοκιμασίες.

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι οι παρκινσονικοί ασθενείς είναι δυνατό να παρουσιάσουν κάποια προβλήματα στο λόγο, όπως δυσαρθρία,

υποφωνία, διστακτική έναρξη λόγου, τα οποία όμως είναι κατά κανόνα ήπια. Σε μη ανοικούς ασθενείς οι λειτουργίες του λόγου είναι καλές, αν εξαιρεθούν κάποια προβλήματα στη ροή του λόγου και σε πολύπλοκες λεκτικές δοκιμασίες. Τα περισσότερα προβλήματα του λόγου εμφανίζονται σε παρκινσονικούς με νοητική έκπτωση. (Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)

12.Επιδημιολογία της νόσου του Πάρκινσον

Η νόσος του Πάρκινσον (ΝΠ) προσβάλλει συνήθως άτομα μεταξύ 40 και 70 ετών στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται γύρω στα 60, ενώ η εμφάνισή της σε νέες ηλικίες είναι σπάνιο φαινόμενο και όταν συμβαίνει πρόκειται για νεανικό παρκινσονισμό, με κληρονομική συνήθως επιβάρυνση ή είναι σε σχέση με άλλες εκφυλιστικές παθήσεις, όπως η χορεία του Huntington ή η νόσος του Wilson.

Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου υπολογίζεται μεταξύ 50 και 60 ετών , ενώ σε ένα 10% αρχίζουν πριν τα 40, οπότε πρόκειται για πρώιμες μορφές. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις η έναρξη μπορεί να είναι νεανική - πριν από τα 25 χρόνια, συχνά στα πλαίσια μιας κληρονομικής επιβάρυνσης. Ο επιπολασμός της νόσου , αυξάνει σημαντικά με την ηλικία. 1,6% / 1000 στο γενικό πληθυσμό, 1,5% μετά από τα 65 και 3,5% μετά από τα 85 χρόνια.

Μετά από μελέτες που έγιναν από την Europarkinson Study , έδειξε επίσης ότι η νόσος Πάρκινσον είναι 2-5 φορές συχνότερη στις βιομηχανοποιημένες χώρες από ότι στις χώρες σε οδό ανάπτυξης.

Επίσης , σχετικά με το φύλο, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στην άποψη ότι η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες και υποστηρίζουν διάφορες υποθέσεις π.χ. επίδραση ορμονικών ή

περιβαλλοντολογικών παραγόντων .(Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)

13.Διαφορική διάγνωση

Η νόσος Parkinson πρέπει να διακριθεί από:

- Τον ιδιοπαθή τρόμο (η συχνότερη μορφή τρόμου στον πληθυσμό)
- Τα επαυξημένα (άτυπα) παρκινσονικά σύνδρομα (MSA, PSP, CBGD)
- Το φαρμακευτικό παρκινσονισμό
- Τον αγγειακό παρκινσονισμό
- Τον υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης (NPH)
- Τον παρκινσονισμό που οφείλεται σε όγκους ή αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες
- Την “άνοια των πυγμάχων” (dementia pugilistica)
- Τον τοξικό παρκινσονισμό (MPTP, εφεδρόνη, Mn, CO, μεθανόλη)

Πρέπει να υποπτευόμαστε νόσο Parkinson σε περιπτώσεις περιορισμού της κινητικότητας του ώμου, δυσχέρειας έγερσης από κάθισμα αυτοκινήτου, δυσχέρεια αλλαγής πλευρού στο κρεβάτι, σκολίωσης, δυσκολίας στην επιτέλεση λεπτών κινήσεων, παραμόρφωσης αρθρώσεων των δακτύλων (“ραβδωτό χέρι”), υποσμίας, πόνων που δεν ανταποκρίνονται στα αναλγητικά, υπομιμίας (ανέκφραστου προσώπου), υποφωνίας, συχνουρίας ή νυκτουρίας.

(Μ. Γεωργιάδης, 2006)

14. Η συμβολή της απεικόνισης στη διάγνωση

- Η αξονική (CT) και η μαγνητική (MRI) τομογραφία εγκεφάλου είναι απολύτως φυσιολογικές στην ιδιοπαθή νόσο Parkinson (η υποκείμενη βλάβη δεν είναι δομική, αλλά λειτουργική). Μπορεί να φανούν χρήσιμες στη διάγνωση των δευτεροπαθών και των ατύπων παρκινσονικών συνδρόμων.

- Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) διενεργείται μόνο σε ολιγάριθμα εξειδικευμένα κέντρα, έχει εξαιρετικά υψηλό κόστος και περιορίζεται συνήθως για ερευνητική χρήση. Αν και είναι η καλύτερη μέθοδος για τη διάκριση προσυναπτικού και μετασυναπτικού ελλείμματος ντοπαμίνης, οι γνωματεύσεις καταλήγουν πάντοτε με τη διατύπωση «συνιστάται κλινική συναξιολόγηση»...

- Η τομογραφία εκπομπής μονήρους δέσμης φωτονίων (SPECT, DaTSCAN) είναι περισσότερο διαθέσιμη και σαφώς πιο οικονομική σε σχέση με το PET. Συγκρινόμενη με το PET χαρακτηρίζεται από χαμηλότερη ευαισθησία, αν και διαθέτει υψηλά επίπεδα ευαισθησίας και ειδικότητας στη διαφορική διάγνωση της νόσου Parkinson από τον ιδιοπαθή τρόπο. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται η αδυναμία διάκρισης της ιδιοπαθούς νόσου Parkinson από τα άτυπα (επαυξημένα) παρκινσονικά σύνδρομα καθώς και ο περιορισμός που η ένεση ραδιοϊσοτόπων επιβάλλει στις επαναλήψεις της εξέτασης.

- Η διακρανιακή υπερηχογραφία (TCS) του εγκεφαλικού παρεγχύματος φαίνεται ότι συνιστά μια ιδιαίτερη περίπτωση συνεισφοράς της σύγχρονης απεικόνισης στη διάγνωση της νόσου Parkinson. Το εύρημα της υπερηχογένειας της μέλαινας ουσίας είναι σταθερό καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου και έχει συσχετισθεί με την ανίχνευση αυξημένης συγκέντρωσης σιδήρου στη μέλαινα ουσία του μεσεγκεφάλου. Το γεγονός της παρουσίας του ευρήματος ήδη από τα προκλινικά στάδια της νόσου έχει οδηγήσει στο να προτείνεται η διενέργεια TCS για την ανίχνευση

ατόμων με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης νόσου Parkinson. Πρόκειται για μια φθινή, γρήγορη, μη επεμβατική μέθοδο, χωρίς έκθεση στην ακτινοβολία, με εύκολη και ακίνδυνη επαναληψιμότητα, που μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη διαφορική διάγνωση της ιδιοπαθούς νόσου Parkinson από τα άτυπα παρκινσονικά σύνδρομα. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται η μικρότερη ευαισθησία συγκριτικώς με το PET (κυρίως) αλλά και το SPECT, η εξάρτηση του αποτελέσματος από τις ικανότητες του εξεταστή, και το απροσπέλαστο οστικό παράθυρο που αφορά το 10% του πληθυσμού. ([www. Medlook.net](http://www.Medlook.net), 2011)

15.Διάγνωση της νόσου Πάρκινσον

Η έναρξη της νόσου είναι βραδεία και προοδευτική με αρχικά συμπτώματα τα οποία δεν είναι χαρακτηριστικά, με αποτέλεσμα λανθασμένη διάγνωση. Συνήθως πρόκειται για μη-κινητικά χαρακτηριστικά που συχνά προτείνεται ότι πρέπει να θεωρούνται σαν προκινητικά συμπτώματα της νόσου. Σε αυτά περιλαμβάνονται δυσκοιλιότητα, οσφρητική δυσλειτουργία, κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές ύπνου και αισθητηριακές διαταραχές. Όταν η νόσος εξελιχθεί, τότε παρατηρούνται τα κινητικά συμπτώματα που είναι ακινησία, βραδυκινησία, δυσκαμψία, τρόμος και διαταραχές της στάσης και της βάδισης.

δεδομένης της έλλειψης βιοδεικτών και του περιορισμού των λειτουργικών μεθόδων νευροαπεικόνισης, η διάγνωση της νόσου στηρίζεται σε κλινικά κριτήρια. Ως εκ τούτου, έχουν αναπτυχθεί κλίμακες αξιολόγησης με πλέον παραδεκτή την ενοποιημένη κλίμακα βαθμολόγησης της UPDRS (United Parkinson's Disease Rating Scale) , η οποία εισήχθη το 1987.Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την εκτίμηση της εξέλιξης της νόσου και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Αποτελείται από 6 κεφάλαια που μετρούν τις νοητικές ικανότητες , τις καθημερινές δραστηριότητες, την

κινητικότητα, τις επιπλοκές της θεραπείας, τα στάδια κατά Hoehn και Yahr (βασική κλίμακα αξιολόγησης της νόσου , δεν καλύπτει τα μη- κινητικά χαρακτηριστικά της νόσου) και τις καθημερινές δραστηριότητες κατά Schwab και England. (Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)

16.Κλίμακες αξιολόγησης

- Η σφαιρική κλίμακα UPDRS.Χρειάζονται 30 λεπτά για να χορηγηθεί, και συνιστάται να εκτελείται πλήρως η κλίμακα στην αρχή της νόσου και κατόπιν να επαναλαμβάνεται ετησίως (τουλάχιστον τα τμήματα II και III). Μειονεκτεί ως προς το γεγονός ότι προσδιορίζει τις νοητικές παραμέτρους, τη συμπεριφορά και το θυμικό πολύ σφαιρικά γι αυτό και απαιτείται προσφυγή σε πλέον ειδικές κλίμακες.

- κλίμακες νευροψυχολογικές :MMS (Mini Mental State), BREF(Battery d efficiencyfrontate), MMP(Mini Mental Parkinson), MATTIS

- Κλίμακες θυμικού: Hamilton και MADRS για την κατάθλιψη

- κλίμακες ποιότητας ζωής : PDQ39, PDQ 8

Οι παραπάνω δοκιμασίες σε καμιά περίπτωση δεν αντικαθιστούν ένα λεπτομερές ερωτηματολόγιο ή την κλινική εξέταση.

17.Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου Parkinson κατά UKPDS brain bank (Gibb & Lees, 1988)

Βήμα 1: Διάγνωση παρκινσονισμού.

Βραδυκινησία (επιβράδυνση έναρξης της εκούσιας κινητικότητας με προοδευτική ελάττωση της ταχύτητας και του εύρους των επαναλαμβανόμενων κινήσεων)

Και τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

1. Μυική δυσκαμψία
2. 4-6 Hz τρόμος ηρεμίας
3. Διαταραχή της στάσεως και της ισορροπίας του σώματος που δεν οφείλεται σε πρωτοπαθή οπτική, αιθουσαία ή παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία ή δυσλειτουργία της ιδεοδεκτικής αισθητικότητας.

Βήμα 2 :χαρακτηριστικά που τείνουν να αποκλείσουν τη νόσο του Πάρκινσον ως την αιτία του Πάρκινσονισμού.

- Ιστορικό επανειλημμένων εγκεφαλικών επεισοδίων με ανά βήματα εξέλιξη παρκινσονικών χαρακτηριστικών
- Ιστορικό επανειλημμένης κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης.
- Ιστορικό βέβαιας εγκεφαλίτιδας.
- Νευροληπτική αγωγή κατά την έναρξη των συμπτωμάτων.
- >1 προσβεβλημένοι ασθενείς
- Παρατεινόμενη ύφεση.
- Αυστηρά μονόπλευροι χαρακτήρες μετά 3 έτη.
- Υπερπυρηνική παράλυση βλέμματος.
- Παρεγκεφαλιδικά σημεία.
- Πρώιμη μεγάλου βαθμού διαταραχή του αυτόνομου συστήματος.
- Πρώιμη μεγάλου βαθμού άνοια με διαταραχές της μνήμης, της γλώσσας και της πράξης.

- Σημείο Babinski.
- Παρουσία εγκεφαλικού όγκου ή επικοινωνούντος υδροκεφάλου στην υπολογιστική τομογραφία.
- Μη ανταπόκριση σε μεγάλες δόσεις levodopa (αφού αποκλεισθεί δυσαπορρόφηση).
- Έκθεση σε MPTP.

Βήμα 3 : Χαρακτηριστικά που υποστηρίζουν τη διάγνωση της νόσου του Πάρκινσον (3 ή 4 απαιτούνται για τη διάγνωση βέβαιας νόσου του Πάρκινσον).

- ✓ Μονόπλευρη έναρξη.
- ✓ Τρόμος ηρεμίας παρών.
- ✓ Εξελισσόμενη διαταραχή.
- ✓ Εμμένουσα ασυμμετρία με μεγαλύτερη προσβολή της πλευράς έναρξης.
- ✓ Άριστη (70-100 %) ανταπόκριση στη levodopa.
- ✓ Έντονη χορεία επαγόμενη από τη levodopa.
- ✓ Ανταπόκριση στη levodopa για > ή =5 έτη.
- ✓ Κλινική πορεία >ή = 10 ετών.

(Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)

17.1..Ενοποιημένη κλίμακα βαθμολόγησης της νόσου του Parkinson (Unified Parkinson’s Disease Rating Scale – UPDRS, Fahn & Elton, 1987).

Όνοματεπώνυμο:	Ημερομηνία:
	Φάρμακα: με () χωρίς ()
1. Νόηση	23.Επίκρουση δακτύλων: δεξιά
2. Σκέψη-αντίληψη	αριστερά
3. Κατάθλιψη	24.Κινήσεις παλάμης: δεξιό
4. Κίνητρα/ πρωτοβουλίες	αριστερό
Υποσύνολο 1-4 (max =16)	25.Πηγιτισμός / υππασμός
5. Ομιλία	δεξιό
6. Σιελόρροια	αριστερό
7. Κατάποση	26.Ευκινησία ποδιών: δεξιό
8. Γραφή	αριστερό
9. Τεμαχισμός τροφής	27. Έγερση από καρέκλα
10. Ενδύση	28. Στάση σώματος
11. Υγιεινή	29. Βάδιση
12. Πλάγιασμα στο κρεβάτι	30. Ισορροπία σώματος
13. Πτώσεις	31. Βραδυκινησία σώματος
14. Πάγωμα (freezing)	Υποσύνολο 18-31 (max=108)
15. Βάδιση	Σύνολο βαθμών: 1-31
16. Τρόμος	(max =176)
17. Αισθητικά συμπτώματα	32. Δυσκινησία (διάρκεια)
Υποσύνολο 5-17 (max =52)	33. Δυσκινησία (ανικανότητα)
18. Ομιλία	34. Δυσκινησία (πόνος)
19. Έκφραση προσώπου	35. Πρωινή δυστονία
20. Τρόμος ηρεμίας:	36. “Offs” (προβλέψιμα)
Πρόσωπο, χείλη, πηγούνι	37. “Offs” (μη προβλέψιμα)
Χέρια: δεξιό	38. “Offs” (αιφνίδια)
αριστερό	39. “Offs” (διάρκεια)
Πόδια: δεξιό	40. Ανορεξία, ναυτία, έμετος
αριστερό	41. Διαταραχές ύπνου
21. Τρόμος ενεργείας: δεξιά	42. Συμπτωματική ορθόσταση
αριστερά	Υποσύνολο 32-42 (max =23)
22. Δυσκαμψία: αυχένιας	Σύνολο βαθμών: 1-42
Άνω άκρο: δεξιό	(max = 199)
αριστερό	Αρτηριακή πίεση: καθιστός
Κάτω άκρο: δεξιό	ύπτιος
αριστερό	όρθιος
	Σφυγμός: καθιστός
	όρθιος
	Βάρος

(ΧΡ. Αθανασιάδη, 2012)

18.Σταδιοποίηση της νόσου του Parkinson κατά Hoehn και Yahr, 1967

Λήψη φαρμάκων: Με () Χωρίς ()

Στάδιο 0 = κανένα σημείο νόσου

Στάδιο 1 = μονόπλευρη νόσος (1,5 αν υπάρχει και αξονική συμμετοχή)

- 1) Σημεία και συμπτώματα μόνο σε μια πλευρά
- 2) Ήπια συμπτώματα
- 3) Συμπτώματα ενοχλητικά αλλά δεν προκαλούν αναπηρία
- 4) Συνήθως παρουσιάζεται με τρόμο ενός άκρου
- 5) Οι φίλοι έχουν παρατηρήσει μεταβολές της στάσης, της κίνησης και της έκφρασης του προσώπου

Στάδιο 2 = αμφίπλευρη νόσος χωρίς διαταραχή της ισορροπίας (2,5 αν είναι ήπια αμφίπλευρη με ανάκαμψη στη δοκιμασία)

- 1) Συμπτώματα αμφίπλευρα
- 2) Ελάχιστη αναπηρία
- 3) Η στάση και η βάδιση έχουν επηρεαστεί αιφνίδιας έλξης προς τα πίσω

Στάδιο 3 = ήπια έως μέτριας βαρύτητας αμφίπλευρη νόσος με διαταραχή της ισορροπίας του σώματος, σωματικά ανεξάρτητος.

- 1) Σημαντική επιβράδυνση των κινήσεων του σώματος
- 2) Πρώιμη διαταραχή της ισορροπίας κατά τη βάδιση ή στάση
- 3) Γενικευμένη δυσλειτουργία μέτριας σοβαρότητας

Στάδιο 4 = σοβαρή αναπηρία, ακόμη ικανός να περπατά ή να στέκεται χωρίς βοήθεια

- 1) Σοβαρά συμπτώματα
- 2) Μπορεί ακόμα να περπατήσει σε ένα περιορισμένο βαθμό
- 3) Δυσκαμψία και βραδυκινησία
- 4) Μη ικανός πλέον να ζει μόνος
- 5) Ο τρόμος μπορεί να είναι ηπιότερος σε σχέση με τα αρχικά στάδια

Στάδιο 5 = καθηλωμένος σε αναπηρικό κάθισμα ή κλινήρης εκτός αν υποβοηθούμενος

- 1) Στάδιο καχεξίας
- 2) Πλήρης αναπηρία
- 3) Δεν μπορεί να σταθεί όρθιος ή να περπατήσει
- 4) Απαιτεί συνεχή νοσηλευτική φροντίδα

19.Η κλίμακα των Schwab & England των καθημερινών δραστηριοτήτων

100% = ικανότητα σε όλα

90% = ικανότητα αλλά με κάποια επιβράδυνση και δυσκολία

80% = ικανότητα στις περισσότερες δραστηριότητες

70%= μερική ικανότητα, περισσότερη δυσκολία σε μικροεργασίες

60%= παραμένει κάποια ανεξαρτησία, οι περισσότερες μικροεργασίες γίνονται με μεγαλύτερη κόπωση και βραδύτητα

50% = σχετικά εξαρτημένος. Έχει ανάγκη βοήθειας στις μισές τουλάχιστον εργασίες της ημέρας

40% = πολύ εξαρτημένος, ανάγκη βοήθειας σε όλες σχεδόν τις μικροεργασίες

30% = κάνει ή ξεκινά μερικές μικροεργασίες με μεγάλη προσπάθεια, έχει ανάγκη βοήθειας

20% = σοβαρή αναπηρία, τίποτε δεν κάνει μόνος

10% = πλήρης αναπηρία

0% = φυτική κατάσταση στις ζωτικές λειτουργίες, όπως κατάποση, ούρηση κ.α.

(Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)

20.Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου παραμένει αποκλειστικά συμπτωματική. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει φάρμακο που να επιβραδύνει, να διακόπτει ή ακόμα και να αναστρέφει την εκφυλιστική διεργασία, να ασκεί δηλαδή νευροπροστατευτική δράση.

20.1.Συμπτωματική θεραπεία

Η συμπτωματική αντιμετώπιση της νόσου κατευθύνεται σε 4 επίπεδα

1. φαρμακο-θεραπεία
2. νευροχειρουργική παρέμβαση
3. φυσικοθεραπεία
4. λογοθεραπεία (σε προχωρημένη νόσο)

20.2.Φαρμακευτική θεραπεία : L-Dopa και «δορυφόροι»

L-Dopa : «ο χρυσούς κανών»

Διερχόμενη τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό η L-Dopa μετατρέπεται σε ντοπαμίνη, αποτελώντας κατά συνέπεια τη μακράν αποτελεσματικότερη αγωγή της νόσου Parkinson. Πρακτικώς όλοι οι παρκινσονικοί εμφανίζουν σημαντικό όφελος μετά τη χορήγηση L-Dopa, ενώ η απάντηση σε αυτή συνιστά ένα κατ' ουσίαν διαγνωστικό κριτήριο για την ίδια τη νόσο Parkinson. Η εισαγωγή της L-Dopa στη θεραπευτική της νόσου Parkinson είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντικότερη ελάττωση της θνητότητας (“the L-Dopa era”). Ουσία με βραχύ χρόνο ημιζωής, η L-Dopa επιβάλλει ιδιαίτερο τρόπο χορήγησης (ανά 4ωρο, 3ωρο κοκ), ενώ η αργή και μεθοδική τιτλοποίηση κατά την εισαγωγή της συμβάλλει αποφασιστικά στον περιορισμό των συχνά σοβαρών άμεσων ανεπιθύμητων ενεργειών της (ορθοστατική υπόταση, ναυτία, έμετοι). Προσοχή στη χορήγηση της L-Dopa απαιτείται, σε συνύπαρξη γλαυκώματος κλειστής γωνίας και κακοήθους μελανώματος.

L-Dopa : ο χρυσούς κανών;

Μετά την αρχική περίοδο των 3-5 πρώτων ετών (“μήνας του μέλιτος”), η μακροχρόνια θεραπεία με L-Dopa αναπόφευκτα οδηγεί στην εμφάνιση απώτερων ανεπιθύμητων ενεργειών, που έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην καθημερινότητα της ζωής των παρκινσονικών. Οι διακυμάνσεις της κινητικότητας (φαινόμενα “wearing off”, “on-off”, “no on”, “delayed on”, πρωινή ακινησία) καθώς και οι υπερκινησίες (dyskinesias) αποτελούν το βασικό λόγο της επιθυμητής πολυφαρμακίας που χαρακτηρίζει τη θεραπευτική της νόσου Parkinson. Η καθυστέρηση εμφάνισης των κινητικών αυτών επιπλοκών έχει αναγάγει τη στρατηγική χορήγησης L-Dopa με φειδώ (“L-Dopa sparing strategy”) στην κλασική προσέγγιση θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.

Αγωνιστές ντοπαμίνης

Διεγείροντας άμεσα τους μετασυναπτικούς υποδοχείς ντοπαμίνης, οι αγωνιστές μιμούνται τη δράση της ντοπαμίνης, οδηγώντας με τον τρόπο αυτό στην εξοικονόμηση της L-Dopa. Έχουν ένδειξη ως μονοθεραπεία στα αρχικά στάδια της νόσου (ικανοποιητικό κλινικό αποτέλεσμα, καθυστέρηση εμφάνισης κινητικών επιπλοκών L-Dopa), ενώ σε συγχορήγηση με την L-Dopa είναι αποτελεσματικοί στην εξομάλυνση των κινητικών διακυμάνσεων (“on-off”, “wearing off”). Οι αγωνιστές εμφανίζουν μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης υπερκινησιών σε σχέση με την L-Dopa καθώς και σημαντικά μακρότερο χρόνο ημιζωής. Διακρίνονται σε εργοταμινικούς (βρωμοκρυπτίνη, καβεργολίνη, περγολίδη, λισουρίδη) και μη εργοταμινικούς (πραμιπεξόλη, ροπινιρόλη, ροτιγοτίνη). Οι εργοταμινικοί έχουν πρακτικά εγκαταλειφθεί λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών (ίνωση καρδιακών βαλβίδων).

Πέραν των κλασικών ντοπαμινεργικών ανεπιθύμητων ενεργειών (ναυτία, έμετοι, ορθοστατική υπόταση), οι αγωνιστές μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση οιδημάτων στην ποδοκνημική, επεισοδίων υπνικής προσβολής (sleep attacks) και του «συνδρόμου ντοπαμινεργικής απορρύθμισης» (υπερσεξουαλικότητα, βουλιμία, παθολογική χαρτοπαιξία, καταναγκαστική τακτοποίηση αντικειμένων κλπ). Πρόκειται πάντως για δόσοεξαρτώμενες παρενέργειες, που μπορεί να ελαχιστοποιηθούν μέσω της αργής και μεθοδικής τιτλοποίησης.

Απομορφίνη

Πρόκειται για έναν εξαιρετικά ισχυρό αγωνιστή των D1 & D2 υποδοχέων ντοπαμίνης, με ταχύτατη (εντός 15 λεπτών) πλην βραχείας διάρκειας (45-60 λεπτά) δράση. Χορηγούμενη υποδορίως, με τρόπο παρόμοιο αυτού της ινσουλίνης, συνιστά “θεραπεία διάσωσης” από βαθιά “off”. Λόγω της ισχυρότατης εμετικής της δράσης, η συγχορήγηση

δομπεριδόνης είναι υποχρεωτική, τουλάχιστον κατά τις πρώτες εβδομάδες. Ο κίνδυνος εμφάνισης σοβαρής ορθοστατικής υπότασης έχει οδηγήσει στην πρακτική η πρώτη χορήγηση της απομορφίνης να λαμβάνει χώρα σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Αναμένεται η διάθεση της ουσίας και μέσω αντλίας συνεχούς 24ώρου έγχυσης (σε περιπτώσεις ασθενών με νόσο τελικών σταδίων).

Αναστολείς COMT

Δρουν μέσω της αναστολής του καταβολισμού της L-Dopa από την COMT στην περιφέρεια, με επακόλουθο περισσότερη L-Dopa να διέρχεται τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό. Δεν δρουν αυτοτελώς αλλά πάντοτε σε συγχορήγηση με την L-Dopa, τη δόση της οποίας μπορούν να ελαττώσουν κατά 20%. Έχουν ένδειξη για την αντιμετώπιση των “wearing off” διακυμάνσεων. Η εντακαπόνη μπορεί να προκαλέσει υπέρχρωση των ούρων, ενώ η τολκαπόνη, η οποία στο παρελθόν είχε ανακληθεί λόγω τριών περιστατικών θανατηφόρου κεραυνοβόλου ηπατίτιδος, χορηγείται με σαφή οδηγία για έλεγχο των ηπατικών ενζύμων κάθε 2 εβδομάδες για τους πρώτους 6 μήνες της λήψης.

Σελεγιλίνη, Ρασαγιλίνη

Πρόκειται για μη αναστρέψιμους εκλεκτικούς αναστολείς της MAO-B, που, μέσω της αναστολής του καταβολισμού της L-Dopa από τη MAO-B, εμφανίζουν μια ηπιότατη συμπτωματική αντιπαρκινσονική δράση ως μονοθεραπεία, ενώ συγχορηγούμενοι με την L-Dopa οδηγούν σε ελάττωση των κινητικών διακυμάνσεων και αύξηση του χρόνου “on”. Συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον της παρκινσονικής κοινότητας λόγω της ενδεχόμενης νευροπροστατευτικής τους δράσης (υπό έρευνα). Προσοχή απαιτείται στη συγχορήγησή τους με SSRI s και τρικυκλικά λόγω του κινδύνου εμφάνισης του εξαιρετικά σπανίου αλλά και εξαιρετικά σοβαρού σεροτονινεργικού συνδρόμου.

Αμανταδίνη

Αρχικά χρησιμοποιήθηκε ως αντιϊικός παράγων, από το 1969, ωστόσο, χρησιμοποιείται ως αντιπαρκινσονικό (ήπια συμπτωματική δράση έναντι τρόμου, δυσκαμψίας και βραδυκινησίας). Σήμερα, θεωρείται εξαιρετικά αποτελεσματική για την αντιμετώπιση των επαγομένων από την L-Dopa υπερκινησιών. Συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η εμφάνιση οιδημάτων στα κάτω άκρα, η δικτυωτή πελίωση (livedo reticularis) και η εκδήλωση σύγχυσης και ευερεθιστότητας με ψευδαισθήσεις.

Αντιχολινεργικά

Η ελάττωση της ντοπαμίνης συνοδεύεται από την εμφάνιση χολινεργικής υπερδραστηριότητας στα βασικά γάγγλια. Η δράση τους θεωρείται ότι ερμηνεύεται από το σχήμα ότι η καταστολή της χολινεργικής υπερδραστηριότητας θα όφειλε να επιφέρει βελτίωση των παρκινσονικών συμπτωμάτων. Τα αντιχολινεργικά (βενζεξόλη, βιπεριδίνη, ορφenaδρίνη) είναι πράγματι αποτελεσματικά έναντι του τρόμου, στην πράξη όμως η απήχησή τους είναι περιορισμένη λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών (διαταραχές μνήμης, σύγχυση, delirium, θάμβος οράσεως, επίσχεση ούρων). Είναι προτιμότερο να αποφεύγονται σε ηλικιωμένους ασθενείς (ιδανικοί υποψήφιοι είναι ασθενείς κάτω των 50 ετών, με προεξάρχον σύμπτωμα τον τρόμο).

Φάρμακα με ιδιαιτερότητες

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου Parkinson χαρακτηρίζεται από πολλές “πρωτοτυπίες” και ιδιαιτερότητες : Η πολυφαρμακία συνιστά τον κανόνα και όχι την εξαίρεση, τη θεραπευτική ρουτίνα χαρακτηρίζουν περίπλοκα δοσολογικά σχήματα με συχνές δόσεις, χρήση ρολογιού και απαιτήσεις για πιστή τήρηση, ενώ η δράση των φαρμάκων επηρεάζεται από την ώρα λήψης και τη σύσταση των γευμάτων.

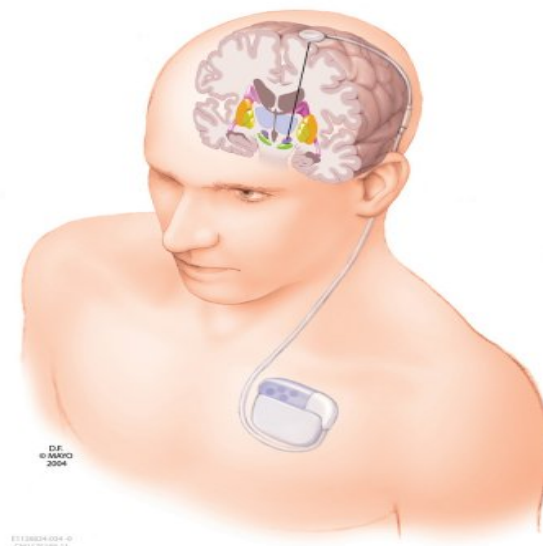
Οι παρενέργειες είναι δόσοεξαρτώμενες και συχνά “ιδιόρρυθμες” (παθολογική χαρτοπαιξία, “punding”, υπερσεξουαλικότητα κοκ). Η L-Dopa είναι με τη σειρά της ένα πολύ ιδιαίτερο φάρμακο, που από την “περίοδο του μέλιτος” οδηγεί στις αστοχίες της δόσης, τα φαινόμενα “on-off” και τις υπερκινησίες. (Μ. Γεωργιάδης, 2006)

20.3.Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου έχει τις αρχές της στην δεκαετία του 1930, αλλά μετά την ανακάλυψη της λεβοντόπα περιορίστηκε πολύ. Σήμερα με την αποκτηθείσα γνώση και τεχνολογία έχει εξελιχθεί πάρα πολύ, αλλά δεν παύουν να διατυπώνονται αντικρουόμενες απόψεις για την σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα των διαφόρων τεχνικών που χρησιμοποιούνται. Απαραίτητες προϋποθέσεις για να αρχίσει κάποιος να προσεγγίζει την πιθανότητα να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είναι η αποτυχία της φαρμακευτικής αγωγής, η νεαρά ηλικία, η εντόπιση του παρκινσονισμού πολύ περισσότερο στη μία πλευρά του σώματος, οι σοβαρές κινητικές διακυμάνσεις, ή ο τρόμος κλπ.

Η εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση (DBS) για τη θεραπεία της Ν. Πάρκινσον είναι ουσιαστικά η ηλεκτρική διέγερση ενός μικρού εσωτερικού τμήματος του εγκεφάλου -πυρήνας στόχος- που είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο της κίνησης. Ο πυρήνας-στόχος που συνήθως επιλέγεται, είναι ο υποθαλαμικός πυρήνας (STN) ο οποίος έχει μέγεθος της τάξεως των έξι χιλιοστών. Η ηλεκτρική διέγερση επιτυγχάνεται με την χειρουργική – στερεοτακτική εμφύτευση ενός λεπτότατου ηλεκτροδίου στον πυρήνα-στόχο, κάτω από τοπική νάρκωση. Το ηλεκτρόδιο συνδέεται με έναν διεγέρτη που τοποθετείται υποδόρια στο θωρακικό τοίχωμα (εικόνα 3).Η διαδικασία μοιάζει με την τοποθέτηση βηματοδότη στην καρδιά, μόνο που εδώ τα μεγέθη είναι σημαντικά μικρότερα. Αξίζει να τονιστεί ότι η εμφύτευση είναι αναστρέψιμη και δεν καταστρέφεται

εγκεφαλικός ιστός. Αυτό δεν στερεί στον ασθενή την δυνατότητα να ωφεληθεί από μελλοντικές θεραπείες.(www.parkinson-disease.gr)



Εικόνα 3

20.4.Θεραπευτική προσφορά και Αντιμετώπιση. Είδη και μορφές Θεραπείας

Θεραπευτική παρέμβαση και αντιμετώπιση: μορφές θεραπείας

20.4.1.Ψυχολογική παρέμβαση-είδη ψυχοθεραπείας

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει καμιά πλήρως θεραπεία για τη ν.Π. και αυτό μέχρι να γίνουν πλήρως γνωστοί όλοι οι παράγοντες που προκαλούν τον εκφυλισμό των κυττάρων του μέλαινα τύπου και των ντοπαμινεργικών νευρώνων του εγκεφάλου. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διέπονται έτσι από μια συμπτωματική χροιά, καθώς στοχεύουν στην υποστήριξη του ασθενή και την ανακούφιση του από τα συμπτώματα της νόσου. Επειδή τα κυρίαρχα Παρκινσονικά συμπτώματα επηρεάζονται κυρίως και από ψυχολογικούς παράγοντες, η αντιμετώπιση τους εξαρτάται από το πόσο

καλά ο/η πάσχων θα ανταπεξέλθει των ψυχικών συμπτωμάτων της νόσου είτε αυτά είναι γνωστικά είτε συναισθηματικά. Στο σημείο αυτό χρειάζεται η ψυχολογική στήριξη του ασθενούς με ψυχοθεραπευτική, συμβουλευτική-υποστηρικτική, εκφραστική, γνωστική-συμπεριφερική ή γνωστική και ψυχοδυναμική θεραπευτική διαδικασία.

20.4.2.Υποστηρικτική – Συμβουλευτική ή ψυχοθεραπευτική διαδικασία ψυχολογικής θεραπείας

Μια από τις πρώτες μορφές παρέμβασης που θα χρειαστεί να λάβει ο/η Παρκινσονικός ασθενής είναι η ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη. Η συμβουλευτική υποστήριξη και ενημέρωση μπορεί να γίνει είτε διαπροσωπικά ατομικά είτε ατομικά σε κάθε ασθενή με κατάλληλα φυλλάδια χορηγούμενα από τον θεραπευτή ή ομαδικά από εθνικούς και τοπικούς φορείς σχετικά με τη νόσο Πάρκινσον. Η ψυχολογική στήριξη και ενημέρωση αφορά την παρουσίαση της νόσου, τα συμπτώματα της, το νόημά τους, αλλά και τις δυνατότητες που σχετίζονται με την προσπάθεια των ασθενών να συνεχίσουν να ζουν δημιουργικά και λειτουργικά στην καθημερινότητά τους. Οι ασθενείς είναι καλό να ενθαρρύνονται να παραμένουν κοινωνικά και επαγγελματικά ενεργοί, όσο αυτό βέβαια καθίσταται εφικτό. Ακόμα και στα πρώτα 3 στάδια της νόσου ο/η ασθενής έχει δυνατότητες να συνεχίσει να εργάζεται και να ασχολείται με ενδιαφέροντα που βρίσκει ικανοποίηση. Επίσης, η βοήθεια του ψυχολόγου περιλαμβάνει την προσπάθεια μαζί με τον/την πάσχοντα να βρουν αυτά τα ενδιαφέροντα. Επιπλέον, ο ψυχολόγος μαθαίνει τον ασθενή να λειτουργεί επαγγελματικά και κοινωνικά σύμφωνα με τις δυνατότητες του και την ιδιοσυγκρασία του σε συνδυασμό με το στάδιο της νόσου. Κυρίαρχος στόχος αποτελεί η ποιότητα ζωής του ασθενούς αναλογικά της εξέλιξης των σταδίων της νόσου. Επιπλέον, στόχος αποτελεί η ανάταξη των λειτουργιών του ασθενούς με εμπλουτισμό των γνωστικών του ανησυχιών

και δεξιοτήτων στο επίπεδο που ταιριάζει στον χαρακτήρα του ασθενή και στο στάδιο βαρύτητας των συμπτωμάτων. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία συνιστάται και μπορεί να αποδώσει στα ψυχικά και γνωστικά σύνολα συμπτώματα της νόσου που είναι η μελαγχολία, η κατάθλιψη και οι γνωστικές δυσλειτουργίες. Βέβαια η ψυχολογική υποστήριξη θα είναι πιο αποτελεσματική, αν μπορεί, ανάλογα με την κλινική και ψυχική εικόνα του ασθενούς, να πάρει τη μορφή ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Ένα τέτοιο ενδεχόμενο κρίνεται επιτακτικό, αν τα Παρκινσονικά συμπτώματα συνοδεύονται είτε από καταθλιπτική διαταραχή – όπως συμβαίνει σε ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών είτε από χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενδοψυχικές συγκρούσεις ανάμεσα στο “Εγώ” και “Υπερεγώ”, ή ενδοοικογενειακά προβλήματα επικοινωνίας και συγκρούσεων. Σε ανάλογες περιπτώσεις καλείται ο ψυχολόγος-θεραπευτής ή νευροψυχολόγος να επιλέξει ως συνοδευτική θεραπεία, παράλληλα με την υποστηρικτική, μεταξύ μιας γνωστικής, γνωστικο-μπιχεβιοριστικής, αναλυτικής ψυχοδυναμικής ή ακόμα και συστηματικής προσέγγισης για την αναδόμηση των γνωστικών σχημάτων και τη ψυχική στήριξη και επαναφορά του Παρκινσονικού ασθενούς. Απώτερος στόχος όλων των θεραπειών ψυχοθεραπείας πρέπει να θεωρείται, ότι, με την επίλυση κάποιων ψυχικών συγκρούσεων του ασθενή, θα στραφεί πλέον η ψυχολογική στήριξη στην ψυχολογική πλευρά των συμπτωμάτων της νόσου ανάλογα της ιδιαιτερότητας κάθε ασθενούς.

20.4.3.Συμπτωματολογία καταθλιπτικών διαταραχών στη νόσο Πάρκινσον – Συννοσηρότητα

Ένα από τα ψυχικά συμπτώματα που συνοδεύουν τη νόσο Πάρκινσον είναι η κατάθλιψη που, τελευταία ευρήματα δείχνουν να εμφανίζεται περίπου το 75% με 85% των Παρκινσονικών ασθενών. Η συννοσηρότητα ν.Π. και κατάθλιψης είναι γεγονός. Ένα από τα στοιχεία που πλήττεται

είναι το συναίσθημα του ασθενή. Οι πάσχοντες συχνά αναφέρουν ότι καταλαμβάνονται από αισθήματα θλίψης, ανημποριάς, απογοήτευσης για τον εαυτό τους και το μέλλον, απελπισίας, συχνά βάζουν τα κλάματα, και διακατέχονται από μειωμένη ευχαρίστηση για δραστηριότητες, οι οποίες πριν την εκδήλωση της νόσου ήταν ευχάριστες. Οι Παρκινσονικοί βιώνουν έντονο άγχος, το οποίο παίρνει τη μορφή δυσφορίας, αισθήματα φόβου για το αύριο και τον εαυτό τους, νιώθουν τον κίνδυνο ότι δεν θα τα καταφέρουν να συνεχίσουν. Κάποιες φορές είναι ευερέθιστοι ή παρουσιάζουν προσβολές πανικού. Στις καταθλιπτικές διαταραχές προσβάλλεται το φυτικό αυτόνομο νευρικό σύστημα, με συμπτώματα διαταραχής ύπνου. Ο ασθενής δυσκολεύεται να κοιμηθεί, ξυπνά τη νύχτα και με δυσκολία ξανακοιμάται. Η όρεξη διαταράσσεται, το πάσχων άτομο διαμαρτύρεται για κόπωση και εξάντληση, απουσιάζει η ενέργεια και η ζωτικότητα. Τα συμπτώματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος επηρεάζονται παράλληλα και από τις κινητικές δυσλειτουργίες της νόσου Πάρκινσον, δηλαδή οι ασθενείς δυσκολεύονται να κοιμηθούν καθώς είναι δύσκαμπτοι, μη χαλαρωμένοι, ανήσυχοι, επίσης στην καθημερινότητα νιώθουν εξάντληση και κόπωση αρκετά γρήγορα. Πιστεύεται ότι τα καταθλιπτικά και κινητικά συμπτώματα της ν.Π. οφείλονται στην μειωμένη δράση της ντοπαμίνης και σεροτονίνης.

Η ψυχοκινητική επιβράδυνση συνοδεύει, συνήθως την κινητική επιβράδυνση και δυσκαμψία, με συμπτώματα την επιβράδυνση της σκέψης και του λόγου. Οι απαντήσεις του Παρκινσονικού ασθενή γίνονται μονολεκτικές, ο λόγος μονότονος, το βλέμμα απλανές, και οι σωματικές κινήσεις αργές. Η απώλεια ευχαρίστησης συνοδεύει την ανημποριά και έλλειψη ελπίδας του ασθενή για το μέλλον, το πώς βλέπει τον εαυτό του, τις αδυναμίες που αρχίζουν να εμφανίζονται όλο και πιο έντονα λόγω των συμπτωμάτων της κινητικής δυσχέρειας της νόσου, με αποτέλεσμα οι αρνητικές σκέψεις να κυριαρχούν σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής των πασχόντων. Πολλές φορές τα αισθήματα των ασθενών διακατέχονται

από σκέψεις ενοχικές ή αυτοενοχικές, σκέψεις αναξιότητας, και χαμηλή αυτοεκτίμηση, επίσης η ικανότητα συγκέντρωσης, προσοχής, και μνήμης του ασθενή μειώνεται. Ο ενοχικός ασθενής προσκολλάται εξαρτητικά σε ανθρώπους ή απομονώνεται εντελώς στον εαυτό του. Επίσης, το καταθλιπτικό συναίσθημα συνήθως συνοδεύεται από σωματικά ενοχλήματα, όπως η δυσκολία στην αναπνοή, ο πόνος στο στήθος, οι πονοκέφαλοι, ο σπασμοί, οι εμετοί, ή η δυσκοιλιότητα.

20.5.Σημασία και βάση της κατάθλιψης στις ψυχοθεραπευτικές σχολές

Για τη γνωστική-συμπεριφορική σχολή των Beck, Lioti, κ.α. η πρώιμη γονική απώλεια, είτε αυτή είναι πραγματική (θάνατος γονέα) είτε στέρηση ή απόρριψη (ο μπαμπάς λείπει για δουλειές, εκείνο όμως που εισπράττει το παιδί είναι ότι ο μπαμπάς το απορρίπτει), οδηγεί στη δόμηση αρνητικών γνωσιακών σχημάτων πάνω στην αίσθηση της απουσίας και την έλλειψη του λιβιδινικού αντικειμένου (του μπαμπά ή της μαμάς). Αυτά συμβαίνουν στην παιδική ηλικία, ένας ενήλικας όμως και για παράδειγμα ένας Παρκινσονικός θα μπορούσε να βιώσει την έλλειψη προσοχής προς τον ίδιο, αυτών που λέει και των σκέψεων του, ως έλλειψη αγάπης, δηλαδή ότι οι “άλλοι” δεν τον αγαπούν πια, δεν τον θέλουν – όπως, όταν ήταν καλά, πριν την εκδήλωση της νόσου. Όπως βλέπει ο ίδιος ο ασθενής με ν.Πάρκινσον τον εαυτό του, όλα τώρα για αυτόν έχουν αλλάξει μετά το “χτύπημα” της νόσου, πολύ περισσότερο όταν ο ασθενής επηρεάζεται βλέποντας τις αλλαγές στο σώμα και την κίνηση του. Αποτέλεσμα, τις περισσότερες φορές, ο Παρκινσονικός να πλάθει νέα αρνητικά γνωστικά σχήματα για τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο, τα οποία τον οδηγούν να βιώνει “απώλεια”, μελαγχολία ή κατάθλιψη, να “πενθεί” για όσα νομίζει ότι έχασε ή θα χάσει.

20.6. Ψυχοθεραπευτικές σχολές

Η ψυχοδυναμική/ψυχαναλυτική θεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως για νευρωτικού τύπου καταθλίψεις, ενώ στη θεραπευτική εφαρμογή της απαιτείται ο/η ασθενής να διατηρεί στοιχειώδη κινητοποίηση, επαφή με πραγματικότητα και σχετικά ισχυρό “εγώ”. Η συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση χρησιμοποιεί την εμβάθυνση στο ασύνειδο, εξετάζει τους υποσυνείδητους προσδιοριστές της συμπεριφοράς του ασθενούς, την καταθλιπτική απελπισία, το πένθος, τον πόνο, ανιχνεύει τη δομή της προσωπικότητας και των παιδικών βιωμάτων. Στόχος της εμβάθυνσης είναι να βοηθηθεί ο καταθλιπτικός (και εν προκειμένω ο παρκινσονικός) ασθενής να βγάλει κρυμμένα συναισθήματα θυμού, μίσους, αδικίας, αισθήματος “του άχρηστου” ή και του πόνου, που έλαβαν χώρα στην παιδική του ηλικία και δόμησαν την ψυχική σύγκρουση. Το βάθεμα της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευμένου επιτυγχάνεται μέσω μιας σχέσης μεταφοράς. Με τον όρο μεταφορά, εννοούμε τη μεταφορά από τον ασθενή προς τον θεραπευτή των έντονων ασύνειδων επιθυμιών, φαντασιών, και συναισθημάτων που απευθύνονται αρχικά προς του γονείς και τα άλλα αγαπητά του πρόσωπα. Η μεταφορά των ασύνειδα αυτών στοιχείων συντελείται με τη διαδικασία της μεταβίβασης. Για παράδειγμα ένας ασθενής μπορεί να αντιδράσει, να θυμώσει, να νιώσει ενοχή προς τον θεραπευτή και εναντιώνονται είτε λεκτικά είτε με τη στάση του , να ενοχοποιεί ή να απορρίπτει το θεραπευτή. (Μ.Γεωργιάδης, 2006)

21. Το κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα της νόσου του Πάρκινσον

21.1. Νόσος του Πάρκινσον και ποιότητα ζωής

Οι συνέπειες μιας χρόνιας νόσου δεν μπορούν να αξιολογηθούν αποκλειστικά με μεγέθη και κλίμακες που περιγράφουν την κλινική εικόνα της νόσου. Είναι ανάγκη να ληφθούν υπόψη παράγοντες που έχουν να κάνουν με την επίδραση της νόσου στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα του ατόμου, αυτό που με μια λέξη χαρακτηρίζεται σαν ‘λειτουργικότητα’.

Επιπλέον, πέρα από την αντικειμενική εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενούς πρέπει να αξιολογηθούν υποκειμενικοί παράγοντες όπως η ψυχολογική του κατάσταση, οι επιθυμίες, οι προσδοκίες, οι σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους και γενικά ο τρόπος που αντιλαμβάνεται ο ίδιος τις επιπτώσεις της νόσου στη ζωή του. Τέλος δεν μπορεί να αγνοηθεί το ζήτημα του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς το οποίο επίσης υφίσταται τις συνέπειες της χρόνιας νόσου.

Όλες οι πιο πάνω πτυχές της νόσου περιλαμβάνονται στην έννοια της “ποιότητας ζωής”. Είναι φανερό πως η έννοια αυτή έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία σε κάθε αξιολόγηση βαρύτητας της νόσου ή αποτελεσματικότητας κάποιας θεραπευτικής αγωγής. Έτσι τα τελευταία χρόνια στις κλινικές μελέτες παρατηρείται μια συχνότερη εμφάνιση παραμέτρων που έχουν να κάνουν με την ποιότητα ζωής.

21.2. Το οικονομικό κόστος της νόσου του Πάρκινσον

Σύμφωνα με εκτιμήσεις Γάλλων ερευνητών ένας παρκινσονικός ασθενής πραγματοποιεί ανά έτος: 11 επισκέψεις στο θεράποντα ιατρό του, 5 ημέρες νοσηλείας, 55 συνεντεύξεις κινησιοθεραπείας και 25 ημέρες ιδιαίτερες φροντίδες κατ’οίκον

Το μέσο ετήσιο κόστος είναι 4.000 ευρώ, το οποίο κατανέμεται σε 40% έξοδα νοσηλείας, 30 φροντίδες κατ'οίκον και 22% φαρμακευτική θεραπεία.

Στις κατ'οίκον φροντίδες, η κινησιοθεραπεία καταλαμβάνει το 60% των εξόδων, οι φροντίδες νοσηλευτών 30% και οι μετακινήσεις 5%.

Το μέσο ετήσιο κόστος ενός ασθενή είναι ανάλογο της βαρύτητας της νόσου. Στο 1^ο στάδιο κατά Hoehn-Yahr το κόστος ανέρχεται σε 2.600 ευρώ ετησίως, στο 3^ο στάδιο 6.400 ευρώ και στα στάδια 4^ο και 5^ο 10.500 ευρώ.

Η παρουσία κινητικών διακυμάνσεων διπλασιάζει το κόστος σε βαθμό που μια μείωση κατά 10% της καθημερινής διάρκειας των διακυμάνσεων, μειώνει κατά 5% το ετήσιο κόστος της νόσου.

Αναφέρεται επίσης ότι το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής σχετίζεται ελαφρώς με την κλινική εξέλιξη.

Το έμμεσο κόστος είναι επίσης σημαντικό: το 90 % των ασθενών μένουν στα σπίτια τους, αλλά το 50 % από αυτούς έχει ανάγκη βοήθειας. Από αυτό δε το ποσοστό, στο 90 % η βοήθεια είναι από την οικογένεια.

Επίσης η μείωση της παραγωγικότητας είναι μικρή, διότι η νόσος αρχίζει συνήθως στην Τρίτη ηλικία, παρόλα αυτά όμως στο μέτρο που ο ασθενής έχει κάποια δραστηριότητα, η νόσος διαταράσσει την ποιότητα ζωής, αλλά αυτό δεν συνδέεται με την κινητική αναπηρία.

(Γ.Μεντενόπουλος και συνεργάτες, 2008)

22.Χαρακτηριστικά ομιλίας σε ασθενείς με νόσο Πάρκινσον

Οι ασθενείς με Ν.Π. στα προχωρημένα στάδια της ασθένειας συχνά εμφανίζουν δυσκολία με την άρθρωσή τους , εμφανίζουν δυσαρθρία (με πολύ χαμηλή ένταση φωνής και ταχύτητα, ομιλία μονότονη χωρίς μελωδία και ρυθμό). Οι ασθενείς αισθάνονται κόπωση κατά την διάρκεια της ομιλίας τους και λαχανιάζει καθώς δεν μπορούν να συντονίσουν την ομιλία με την αναπνοή τους . Επίσης η ομιλία τους είναι ιδιαίτερα αργή και με πολλές παύσεις, λόγω της αναπνευστικής διαταραχής που εμφανίζεται.

Η δυσαρθρία είναι μια διαταραχή του μηχανισμού παραγωγής της ομιλίας, άρθρωσης και προφοράς που οφείλεται σε βλάβες των εγκεφαλικών κέντρων , των νεύρων και των πυρήνων τους. Στις δυσαρθρίες , η παράλυση του λάρυγγα επιφέρει αφωνία ή βραχνάδα.

Η παράλυση των γλωσσικών μυών δημιουργεί ανωμαλίες στην προφορά των συμφώνων (n, l, r, t, δ), ενώ η παράλυση των μυών των χειλιών προκαλεί ανωμαλίες στην προφορά χειλικών φωνημάτων (p, v, f) . Με την θεραπεία επιδιώκεται η ενεργοποίηση των μυών από της οποίας εξαρτάται η φώνηση και η άρθρωση , αλλά και ο συντονισμός του νευρομυϊκού συστήματος, δηλαδή, του μηχανισμού παραγωγής φωνής και άρθρωσης. Παράλληλα με τη σωστή εκπαίδευση του ασθενή με Ν.Π. απαραίτητη είναι η χαλάρωση και οι ασκήσεις αναπνοής.

Χαρακτηριστικό της γραφής των ασθενών με Ν.Π. είναι η μικρογραφία. Γραφή που ξεκινά από μεγάλα και ευανάγνωστα γράμματα και καταλήγει σε πολύ μικρά. Η επανεκπαίδευση στη γραφή μπορεί να αρχίσει από απλές κάθετες και οριζόντιες γραμμές, που αργότερα θα αντικατασταθούν από πιο σύνθετα και συμμετρικά σχέδια γραφής , χρησιμοποιώντας γραμμές που απέχουν αρκετά μεταξύ τους. Στο πρόγραμμα μπορεί να ενταχθεί αργότερα εκπαίδευση με γράμματα και λέξεις ή εκπαιδευτικά παιχνίδια όπως τρίλιζα, σταυρόλεξο και λαβύρινθοι. Η γραφή του ασθενούς αξιολογείται και κρίνεται αν είναι αναγκαία η

χρήση βοηθημάτων γραφής και αντικειμένων που σταθεροποιούν το χαρτί (για παράδειγμα πίνακας αντί χαρτί, μαρκαδόρος αντί στυλό ή ακόμα και ηλεκτρονικός υπολογιστής). Ο θεραπευτής βοηθάει τον ασθενή να βρει την κατάλληλη λειτουργική θέση ή του προτείνει ένα μικρό στατικό νάρθηκα που σταθεροποιεί τον καρπό. (ΓΡ. Νάσιος και συνεργάτες, 2012)

23.Ρόλος λογοθεραπευτή

Ο λογοθεραπευτής καλείται να εκπαιδεύσει τον ασθενή με στόχο να μειωθούν όσο είναι δυνατόν οι διαταραχές της ομιλίας του , όσον αφορά την άρθρωση και την προσωδία. Ακόμη και η αποκατάσταση της διαταραχής μάθησης, αντίληψης και προσοχής είναι αρμοδιότητα του λογοθεραπευτή.

Το πρώτο βήμα για την σωστή εκπαίδευση είναι η χαλάρωση του ασθενή και οι ασκήσεις αναπνοής , ώστε να συντονιστεί η αναπνοή με την παραγωγή του λόγου. Κατόπιν σειρά παίρνει η σωστή εκγύμναση των αρθρωτών που συντελούν στην παραγωγή ομιλίας , η εκμάθηση τεχνικών με στόχο την αύξηση της φωνής και ταχύτητας της ομιλίας του ασθενή και την βελτίωση ,όσο το δυνατόν , του ρυθμού και της προσωδίας της φωνής του.

Έπειτα ο λογοθεραπευτής με καθημερινές ασκήσεις , βελτιώνει στο δυνατό την μνήμη του ασθενή και την διαδικασία μάθησης που έχει διαταραχθεί. Η κατάποση επίσης είναι διαταραγμένη στους ασθενείς με Πάρκινσον . Ο λογοθεραπευτής φροντίζει να εκπαιδεύσει με τις κατάλληλες τεχνικές τον ασθενή ώστε να έχουν όσο είναι δυνατόν φυσιολογική κατάποση.(Α. Λαμπρινού,2012)

24.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΩΝΗΣ

ΕΛΕΓΧΟΣ

1. Στάση σώματος, βαθμός έντασης και ελέγχου τόνου : Ελέγχουμε εάν ο ασθενής γέρνει το κεφάλι μπροστά, πίσω, κρατάει τα χέρια του σφιχτά στα πλευρά ή χαλαρά στο πλάι καθώς και την θέση των ώμων εάν είναι σε φυσιολογική θέση ή ένας από τους δύο γέρνει. Ο βαθμός έντασης ελέγχεται παρατηρώντας εάν ο ασθενής κάθετα στην άκρη της καρέκλας , κρατάει σφιχτά τα χέρια του , ανασηκώνονται οι ώμοι του , αλλάζει θέσεις, εκφράσεις του προσώπου , τικ. Τέλος ο έλεγχος του μυϊκού τόνου γίνεται παρατηρώντας εάν ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένο μυϊκό τόνο στην περιοχή του προσώπου και του λαιμού.

2. Μέθοδος αναπνοής : Ελέγχουμε εάν ο ασθενής έχει κλειδική, θωρακική ή διαφραγματική αναπνοή.

3. Θέση γλώσσας και κάτω γνάθου : Γίνεται έλεγχος έντασης της κάτω γνάθου και της κινητικότητας της γνάθου ζητώντας από τον ασθενή να ανοίξει και να κλείσει την γνάθο καθώς επίσης γίνεται έλεγχος της κίνησης σε κάθε πλευρά του προσώπου. Ο έλεγχος της γλώσσας γίνεται ζητώντας από τον ασθενή να παράγει το /α/ ελέγχοντας εάν η γλώσσα μαζεύεται μέσα στο πίσω μέρος του στόματος.

4. Έναρξη φώνησης : Οι προτάσεις χορηγούνται για να γίνει έλεγχος της γλωττιδικής αποφόρτισης. «Άννα άφησε ένα μήλο » , «Ελένη άναψε το φως ». Επίσης η δύναμη του γλωττιδικού κλεισίματος ελέγχεται ζητώντας από τον ασθενή να βήξει και σημειώνουμε οποιαδήποτε νευρομυϊκή αδυναμία.

5. Φωνητική υποστήριξη : Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και κατά την εκπνοή να εκφέρει /s/. Στους ενήλικες είναι 20 sec.

6. Διάρκεια φώνησης : Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και κατά την εκπνοή να εκφέρει /z/. Συνήθως οι δυσφωνικοί δεν διατηρούν την

εκφορά του /z/ πάνω από 5 sec , ενώ τα φυσιολογικά άτομα έχουν τον ίδιο χρόνο εκφοράς /s/- /z/.

7. Τόνος φωνής.
 8. Ποιότητα φωνής.
- (S.J. Robertson at all)

24.1.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Έχουν στόχο να ελαττώσουν την ψυχική και μυϊκή ένταση του σώματος και ειδικότερα των οργάνων που παράγουν την φωνή. Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι χαλάρωσης , η καθεμιά από τις οποίες έχει τις δικές της ειδικές εφαρμογές.

- Στόχος : χαλάρωση δαχτύλων των ποδιών.

Ο ασθενής μπορεί να ξαπλώσει ή να καθίσει για αυτή την άσκηση. Εάν ο ασθενής επιλέξει την καρέκλα θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να υποστηρίζει την πλάτη του. Βάζουμε τον ασθενή να καθίσει έτσι ώστε να αισθάνεται άνετα και μετά δουλεύουμε από τα δάχτυλα των ποδιών του μέχρι το κεφάλι με μια σειρά ασκήσεων πίεσης και χαλάρωσης των ανταγωνιστών και συναγωνιστών μυών. Ζητάμε από τον ασθενή να λυγίσει τα δάχτυλα των ποδιών του όσο πιο σφιχτά μπορεί και να κρατήσει την ένταση 3-4 sec και μετά να τα αφήσει ελεύθερα.

- Στόχος : χαλάρωση αστραγάλων

Ζητάμε από τον ασθενή να σφίξει τους αστραγάλους του όσο πιο σφιχτά μπορεί και να κρατήσει την ένταση για 3-4- sec και μετά να τους αφήσει ελεύθερους.

- Στόχος : χαλάρωση γονάτων και μηρών

Ζητάμε από τον ασθενή να σφίξει τα γόνατα και τους μηρούς του όσο πιο πολύ μπορεί και να κρατήσει την ένταση για 3-4sec και μετά τα αφήνει ελεύθερα.

- Στόχος : χαλάρωση γλουτών.

Ζητάμε από τον ασθενή να σφίξει τους γλουτούς του όσο πιο πολύ μπορεί και να κρατήσει την πίεση για 3-4 sec και μετά χαλαρώνει.

- Στόχος : χαλάρωση στομάχου.

Ζητάμε από τον ασθενή να σφίξει το στομάχι του και να το κρατήσει όσο πιο πολύ μπορεί και να διατηρήσει την πίεση για 3-4 sec και μετά να χαλαρώσει.

- Στόχος : χαλάρωση πλάτης.

Ζητάμε από τον ασθενή να σφίξει την πλάτη του και να διατηρήσει την ένταση για 3-4 sec και μετά να χαλαρώσει.

- Στόχος : χαλάρωση μπράτσων και ώμων.

Ζητάμε από τον ασθενή να σφίξει τα μπράτσα και τους ώμους του όσο πιο πολύ μπορεί και να διατηρήσει την ένταση για 3-4sec και μετά να χαλαρώσει.

- Στόχος : χαλάρωση λαιμού.

Ζητάμε από τον ασθενή να σφίξει το λαιμό του όσο πιο πολύ μπορεί και να διατηρήσει την πίεση για 3-4sec και μετά να χαλαρώσει.

Είναι πολύ σημαντικό να παρακολουθούμε στενά τον ασθενή και να βεβαιωθούμε όταν η προσοχή μετατοπίζεται από την μια περιοχή στην άλλη, οι χαλαρωμένες περιοχές να μην βρίσκονται πάλι σε ένταση. Τέλος καθ' όλη την διάρκεια της άσκησης παρακολουθούμε την αναπνοή του ασθενή.

- Στόχος: Χαλάρωση ώμων και κεφαλιού.

Για αυτή την άσκηση ο ασθενής θα πρέπει να κάθεται σε καρέκλα. Αρχίζουμε ζητώντας από τον ασθενή να περιστρέψει το κεφάλι του προς τα πίσω και προς τα μπροστά με σκοπό την μείωση της έντασης. Στεκόμαστε πίσω από τον ασθενή, ευγενικά πιάνουμε το πηγούνι του , αφού έχουμε κάνει τα χέρια μας σαν χούφτα και υποστηρίζουμε με το βάρος του κεφαλιού του. Οι πλευρές του κεφαλιού θα πρέπει να υποστηρίζονται από τα μπράτσα μας. Γενικά περιστρέφουμε το κεφάλι σε κυκλική κίνηση και βεβαιωνόμαστε ότι προηγουμένως έχουμε εξηγήσει σε ποια κατεύθυνση θα κινηθούμε. Σε αυτή την άσκηση παρατηρούμε οποιαδήποτε μυϊκή αντίσταση και να ενθαρρύνουμε την χαλάρωση.

- Στόχος: χαλάρωση λαιμού.

Και σε αυτήν την άσκηση ο ασθενής θα πρέπει να κάθεται σε καρέκλα. Ζητάμε από τον ασθενή να αφήσει το κεφάλι του να πέσει προς τα μπροστά και μετά να το τραβήξει προς τα πάνω ελαφρά και να νοιώσει την μυϊκή κίνηση στο πίσω μέρος του λαιμού. Μετά του ζητάμε να αφήσει το κεφάλι του να πέσει προς την πλευρά του ενός ώμου αφού βεβαιωθούμε ότι δεν σηκώνει τον ώμο προς το κεφάλι. Επισημαίνουμε στον ασθενή ότι θα πρέπει να αισθάνεται τους μυς στην πλευρά του λαιμού καθώς αυτοί τεντώνονται προς τα εμπρός. Μετά του ζητάμε να σηκώσει το κεφάλι σε όρθια στάση και μετά να κάνει το ίδιο στον άλλο ώμο. Η επόμενη κίνηση είναι να αφήσουμε το κεφάλι να πέσει προς τα μπροστά και να το κινήσουμε προς την μια και την άλλη πλευρά και να το επαναφέρουμε στη μέση. Η κίνηση από την μια πλευρά στην άλλη μπορεί να επαναληφθεί για 3-4 χρόνους αλλά είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε οποιαδήποτε σημάδια ζαλάδας ή δυσκαμψίας.

Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν αισθάνεται άνετα με την ιδέα της χαλάρωσης σε καρέκλα και αντιδρά καλύτερα σε κάποια πιο ενεργητική προσέγγιση τότε εφαρμόζουμε την εξής άσκηση.

- Στόχος : χαλάρωση του κορμού σε όρθια στάση.

Για αυτήν την άσκηση ο ασθενής θα πρέπει να στέκεται όρθιος. Του ζητάμε να τεντωθεί ψηλά προς τα πάνω όσο πιο πολύ μπορεί στα δάχτυλα των ποδιών του και με τα μπράτσα του δίπλα στο κεφάλι και τα δάχτυλα των χεριών του τεντωμένα όσο πιο πολύ μπορεί. Τον ενθαρρύνουμε να διατηρήσει αυτή τη στάση για περίπου 30 sec και μετά να πέσει προς τα κάτω , λυγίζοντας τα γόνατα και να πέσει πάνω από τη μέση. Μετά από 10-20sec του ζητάμε ευγενικά να γυρίσει στην αρχική του θέση που είναι η όρθια στάση με το κεφάλι του να είναι σε κεντρική θέση. Ζητάμε από τον ασθενή να σταθεί με τα χέρια του χαλαρά δίπλα στα πλευρά του και μετά να σηκώσει τους ώμους του και να τους αφήσει να πέσουν κάτω. Να επαναλάβει αυτή την άσκηση σε 3 χρόνους. Τέλος ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει από τη μύτη και να εκπνεύσει από το στόμα. Έτσι ελέγχουμε το βαθμό της χαλάρωσης σπρώχνοντας ευγενικά τον αγκώνα του ασθενή και παρατηρούμε την ρυθμική κίνηση των χεριών.(Εξαρχάκος Γ., 2001)

24.2.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

- Στόχος : ο στόχος εκμάθησης της διαφραγματικής αναπνοής είναι ότι βοηθάει στην χαλάρωση. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι είναι δύσκολο να διαστείλει την άνω θωρακική περιοχή η οποία είναι εγκλωβισμένη μέσα στο θώρακα ενώ είναι εύκολο να διαστείλει την κατώτερη περιοχή που τα πνευμόνια είναι μεγαλύτερα και τα πλευρά είναι ελεύθερα μπροστά και χωρίζονται από μια μεγάλη περιοχή ελαστικού μυ.

Αφού ο ασθενής καταλάβει το λόγο για τον οποίο η διαφραγματική αναπνοή είναι η καλύτερη στην συνέχεια του εξηγούμε πως ακριβώς επιτυγχάνεται αυτή. Ακολουθεί παράδειγμα από τον θεραπευτή. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να πάρει μια μικρή εύκολη αναπνοή με το ένα χέρι στους κοιλιακούς ακριβώς πάνω από το επίπεδο της μέσης και το άλλο χέρι στα πλευρά έτσι ώστε η μπροστινή και πλευρική διόγκωση / διαστολή του θώρακα να μπορεί να γίνει αντιληπτή. Οδηγίες του τύπου να φουσκώσει τα πνευμόνια του με αέρα και μετά να τον βγάλει μπορούν να δοθούν. Τα λεκτικά συνθήματα είναι σημαντικά. Οι απλές οδηγίες να εισπνεύσει και να εκπνεύσει μπορεί να παράγει το ακριβώς αντίθετο από την επιθυμητή ενέργεια με το ασθενή να τραβάει προς τα μέσα τους κοιλιακούς στην εντολή να εισπνεύσει και να τους πιέζει προς τα έξω στην εντολή να εκπνεύσει . αυτός ο τύπος της αναπνοής είναι γνωστός σαν αντίστροφη αναπνοή . Υπάρχει ένα πολύ διαδεδομένο λανθασμένο πιστεύω ότι για την εισπνοή οι κοιλιακοί θα πρέπει να τραβιούνται προς τα μέσα και το στήθος να πετάγεται προς τα έξω όπως ο λοχίας.

Σε περίπτωση που ο ασθενής δυσκολεύεται τότε δίνεται επιπλέον βοήθεια με τα εξής :

1. Δίνεται εντολή στον ασθενή να εκπνεύσει και μετά να αναστενάζει με θόρυβο με τον υπολειπόμενο αέρα ενώ την ίδια ώρα ο θεραπευτής ασκεί πίεση στο διάφραγμα. Αυτή η πίεση χαλαρώνει καθώς η εισπνοή αρχίζει τότε ασκείται πάλι κατά την διάρκεια του αναστεναγμού. Ο επιδέξιος χειρισμός των κοιλιακών με αυτό τον τρόπο βοηθάει στην εγκαθίδρυση του εύκολου ρυθμικού τρόπου κίνησης στην εισπνοή και εκπνοή το οποίο είναι δύσκολο για κάποιον να το πετύχει με την θέληση του.

2. Μετά ο ασθενής μιμείται έναν λαχανιασμένο σκύλο τραβώντας έξω τους κοιλιακούς και μετά τραβώντας τους προς τα μέσα. Η αναπνοή δεν συγκρατείται από την κλειστή γλωττίδα και η αναπνοή δεν γίνεται συνειδητά αντιληπτή μέχρι την στιγμή που η έντονη στοματική εισαγωγή

και εξαγωγή αέρα γίνει ακουστή. Μετά προσοχή μπορεί να δοθεί στην αναπνοή , στον εθελοντικό έλεγχο που σταδιακά επιτυγχάνεται και στην κίνηση που μειώνεται σε φυσιολογικό αναπνευστικό ρυθμό.

3. Ζητείται από τον ασθενή να εκπνεύσει και να προσποιηθεί πως σβήνει ένα κερί με τον υπολειπόμενο αέρα, αυτό ακολουθείται από μια γρήγορη ανύψωση του διαφράγματος στην ανάγκη ανανέωσης των αποθεμάτων αέρα. (ST. Martin, 1991)

24.3.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Στόχος : στόχος της εκμάθησης της σωστής αναπνευστικής τεχνικής είναι το να επιτρέψει στον ασθενή να ελέγξει την ένταση και την εκπνευστική ροή του αέρα παρέχοντας έτσι ένα μέσο ελέγχου φώνησης χωρίς προσπάθεια και εύκολα. Αύξηση της ζωτικής χωρητικότητας δεν είναι στόχος αλλά ο έλεγχος της εκπνοής σε σχέση με την αντίσταση των φωνητικών χορδών.

Αφού ο ασθενής καταφέρει να ελέγχει και να κάνει τη διαφραγματική αναπνοή προχωρά σε ασκήσεις που αφορούν τον έλεγχο της αναπνοής. Οι ασκήσεις αυτές αρχικά θα γίνονται με τον ασθενή όρθιο ή καθιστό ενώ όσο περνά ο καιρός οι ασκήσεις είναι καλό να γίνονται καθώς ο ασθενής περπατά ώστε να εξοικειωθεί με καταστάσεις της καθημερινής ζωής.

1. Ο ασθενής θα πρέπει να εισπνεύσει από τη μύτη και να εκπνεύσει από το στόμα και ο θεραπευτής να μετρήσει μέχρι το 3 (συνήθως σε διάστημα ενός δευτερολέπτου) . η οδηγία που μπορεί να δοθεί για αυτή την άσκηση είναι να πάρει εισπνοή μετρώντας μέχρι το 3 και να εκπνεύσει μετρώντας μέχρι το 3 , μετά επιτρέπουμε μια μικρή παύση μέχρι να ξαναρχίσουμε. Κάνουμε αυτήν την άσκηση με πολλές επαναλήψεις αλλά δίνοντας χρόνο μεταξύ κάθε προσπάθειας και ελέγχοντας την κίνηση των ώμων. Εάν ο ασθενής έχει δυσκολία να ελέγξει , μειώνουμε το μέτρημα στο 2. Εάν ο ασθενής έχει πετύχει να μετρήσει μέχρι το 3 ,

σταδιακά αυξάνουμε το μέτρημα αλλά βεβαιωνόμαστε ότι ο ασθενής δεν πιέζεται στην εισπνοή , καθώς αυτό θα δημιουργήσει ένταση. Καθώς ο ασθενής γίνεται περισσότερο ικανός , ζητείται από αυτόν να μετρήσει σιωπηλά , κάτω από την καθοδήγηση του θεραπευτή.

2. Καθώς η ικανότητα αυξάνεται και το μέτρημα παρατείνεται , ο ασθενής θα πρέπει να μειώσει το χρόνο εισπνοής και να παρατείνει τον χρόνο εκπνοής , στην εισπνοή για παράδειγμα μπορεί να μετρήσει μέχρι το 3 και στην εκπνοή να μετρήσει μέχρι το 6 . αυτό δείχνει περισσότερο τον τύπο αναπνοής για την ομιλία ,όπου η εισπνοή θέλει λιγότερο χρόνο από την εκπνοή.

3. Απόθεμα πλευρών. Καθώς ο ασθενής μετράει μέχρι το 10, ο ασθενής συχνά συνειδητά κρατάει τα πλευρά του σε μια θέση ανύψωσης και τα χαμηλώνει μόνο καθώς φτάνει στο τέλος της αναπνοής. Ζητάμε από τον ασθενή να πάρει μια βαθιά αναπνοή, τα πλευρά ανυψώνονται ενώ μετράει δυνατά μέχρι το 15 και μετά σταδιακά χαλαρώνει.

4. Ζητάμε από τον ασθενή να μετρήσει μέχρι το 50 ανανεώνοντας την αναπνοή με μερικές κοφτές αναπνοές μετά από 4 αριθμούς. Αυτό θα βοηθήσει τον ασθενή να του δημιουργήσει την αντίληψη για το πόσο εύκολο αυτό είναι να διατηρήσει την ομαλή / ήσυχη ανανέωση σε σειρά λέξεων.

5. Ο ασθενής εισπνέει και εκπνέει αργά για πολλούς χρόνους και μετά μιμείται την περιγραφή του θεραπευτή της γρήγορης εισπνοής και αργής εκπνοής. Οι κοιλιακοί θα πρέπει να ανυψώνονται προς τα εμπρός στην εισπνοή και υποχωρούν σταδιακά στην εκπνοή. Είναι πολύ σημαντικό να χρησιμοποιείται η στοματική εισπνοή. Η ρινική δίοδος είναι πολύ στενή για να επιτρέψει την επαρκή και πολύ γρήγορη εισαγωγή, απαραίτητη για την ομιλία με σκοπό την ανταπόκριση. Ήσυχη/ ήρεμη εισπνοή θα πραγματοποιηθεί ανεπαίσθητα μεταξύ των φράσεων ή ομάδων λέξεων, θορυβώδης εισαγωγή είναι ένδειξη έντασης στον λάρυγγα και μερική σύγκλιση των φωνητικών χορδών.

6. Ο ασθενής παίρνει μια γρήγορη εισπνοή και μετά εκπνέει αργά μετρώντας μέχρι το 6. Η φυσιολογική ένταση να μετρήσει πολύ γρήγορα θα πρέπει να διορθωθεί. Επαναλαμβάνουμε 6 χρόνους μέχρι η νέα ρυθμική κίνηση να εκτελείται σωστά.

7. Σταδιακά ο ασθενής αυξάνει το μέτρημα στην εκπνοή μέχρι να είναι ικανός να μετρήσει μέχρι το 20 χρησιμοποιώντας γρήγορη εισπνοή.

8. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να ποικίλει την ένταση της εκφοράς του /s/ όπως δείχνεται

SSSSSSSSSS

SSSSSSSS

SSSSSSSS

SSSSSSSSSS

9. Ζητάμε από τον ασθενή να διακόψει την εκπνευστική ροή και να παράγει το /s/ σε διαφορετικούς ρυθμούς σαν να χρησιμοποιεί τα σήματα Morse όπως δείχνεται

S..S..S

...S S S...

...S...S

SS..S S

. τελεία= για σύντομο ήχο

_ παύλα = για μακρύ ήχο

Στις ασκήσεις αναπνοής καθώς προχωρά η θεραπεία κάνουμε το ίδιο με το αλφάβητο, τις μέρες της εβδομάδας, τους μήνες.

10. Ο ασθενής εξασκείται στο συγκρατημένο τρέμουλο του /r/ σε σταθερό τόνο και ένταση. Αυτή είναι η πραγματική δοκιμασία ελέγχου της αναπνοής που είναι απαραίτητη για την σταθερή αναπνευστική πίεση για να διατηρήσει την δόνηση στην άκρη της γλώσσας και την χαλάρωση των μυών της στοματικής κοιλότητας. (S.J. Robertson at all)

24.4..ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΩΝ ΦΩΝΗΤΙΚΩΝ ΧΟΡΔΩΝ

Στόχος : στόχος μας είναι η βελτίωση της σύγκλισης των φωνητικών χορδών ώστε κατά την ομιλία αυτές να μην συγκλίνουν έντονα και τραυματιστούν.

1) Ο ασθενής κάθεται σε καρέκλα και σπρώχνει με τα χέρια καθώς εκφέρει το /i/.

2) Ο ασθενής σηκώνει την καρέκλα και ταυτόχρονα εκφέρει το /i/.

3) Ζητάμε από τον ασθενή να ενώσει τις παλάμες του και να σπρώξει με εντατική προσπάθεια (σε σετ) με επαναλαμβανόμενη φώνηση του φωνήεντος /i/,/i/,/i/.

4) Ζητάμε από τον ασθενή να σπρώξει τον τοίχο λέγοντας /α/,/α/,/α/.

5) Ο ασθενής γυρνάει το κεφάλι του στην μία πλευρά , στην κατεύθυνση της φυσιολογικής χορδής και εκφέρει το /u/,/u/,/u/.

6) Ζητάμε από τον ασθενή να παράγει μια σειρά ήχων φωνηέντων σε υψηλούς τόνους ώστε να ενεργοποιήσει την προσεγγιστική λειτουργία του κρικοθυροειδή. (L. Andrews at all, 1999)

24.5.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΕΝΤΟΝΗΣ ΓΛΩΤΤΙΔΙΚΗΣ ΑΠΟΦΟΡΤΙΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΦΩΝΗΣΗΣ

Στόχος : στόχος είναι η μείωση της έντονης γλωττιδικής αποφόρτισης κατά την έναρξη της ομιλίας όπου παρατηρείται όταν ο ασθενής ξεκινάει την ομιλία έχοντας υπερσύγκλιση των φωνητικών χορδών και συνοδεύεται από έντονη μυϊκή ένταση στην περιοχή του λαιμού. Παρατηρείται επίσης αυξημένη υπογλωττιδική ένταση με σκοπό να ξεπεραστεί η αντίσταση των φωνητικών χορδών και να αρχίσει η φώνηση.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

ΟΜΑΔΑ Α

1. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και να εκπνεύσει εκφέροντας το /h/. Επανάληψη σε πολλούς χρόνους.
2. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και να εκπνεύσει εκφέροντας το /ha/. Επανάληψη σε πολλούς χρόνους.
3. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και να εκπνεύσει εκφέροντας το /ha/, /he/, /hi/, /ho/, hu/ σε σειρά.
4. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και να εκπνεύσει εκφέροντας το /a/
5. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και να εκπνεύσει εκφέροντας το /ha/

Αυτές οι δύο ασκήσεις είναι αντίθετες παρατηρώντας οποιαδήποτε έντονη γλωττιδική αποφόρτιση.

6. Επαναλαμβάνουμε τα στάδια από το 1 έως το 5 χρησιμοποιώντας τα εναλλακτικά αρχικά φωνήματα /j/, /-s παχύ/, /f/, /s/.
7. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και μετά να εκπνεύσει εκφέροντας μονοσύλλαβες λέξεις που αρχίζουν από /f/ και /s/.
8. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και μετά να εκπνεύσει εκφέροντας συνδυασμούς ψευδολέξεων , οι οποίες είναι χρήσιμες στα

αρχικά στάδια της θεραπείας επειδή δεν έχουν καμία σημασιολογική σημασία για τον ασθενή, ο οποίος μπορεί έτσι να συγκεντρωθεί στην άρθρωση και να μην αποσπάται από τη σημασία.

Δισύλλαβοι συνδυασμοί

Faha, sushi, fehe, fasi, fahu

Τρισύλλαβοι συνδυασμοί

Sushifu, hehafi, sisefu, fasushe

Τετρασύλλαβοι συνδυασμοί

Sehafushi, fesishuhi, fasesishe, hufusashi

9. Ζητάμε από τον ασθενή να εκφέρει σύντομες φράσεις των 4 λέξεων και αντίθετες λέξεις για την αντίληψη της διαφοράς μεταξύ των λέξεων που παράγονται με έντονη γλωττιδική αποφόρτιση και ήπια έναρξη φώνησης.

ΣΥΝΤΟΜΕΣ ΦΡΑΣΕΙΣ

/f/

Φάε φαί

Φυσάω το φύλλο

Φουσκώνω φούσκα

Φοράω το φόρεμα

(S.J. Robertson at all)

/h/

χάνω χάπια

χαιρετώ τον Χάρη

χαλάω το χαλί

χαράζω με χάρακα

/s/

σαν σίδηρο

σιδερώνω το σεντόνι

σούπα με σέλινο

σηκώνω σημαία

ΑΝΤΙΘΕΤΕΣ ΛΕΞΕΙΣ

/f/

Φάρα – άρα

Φόρα- ώρα

Φόλα- όλα

/h/

χώρα- ώρα

χέρι- Έρη

χάλι- άλλη

/s/

σάλα- άλλα

Σάρα- άρα

σέλα- έλα

Φέρει – Έρη	χάσε- άσε	σύκο- οίκο
Φάει – αι	χάρη – Άρη	σωθώ- ωθώ
Φύσα- ίσα	χωθεί- ωθεί	σήψη- ύψη

10. Ζητάμε από τον ασθενή να παράγει προτάσεις με παρήχηση

/f/	/h/
Φάε φαί Φώτη	Χαρά χαιρέτησε το Χάρη
Φέρε το όπλο Φάνη	χαράζω το χάρτη με το χάρακα
Φοράω φούξια φόρεμα	Χάρη χάλασα το χαλί

/s/
 Σοφία σιδέρωσε το σεντόνι
 Σου αρέσει η σούπα με σέλινο
 Συνήθως σηκώνω τη σημαία

11. Ζητάμε από τον ασθενή να διαβάσει ή να επαναλάβει τις ακόλουθες παραγράφους / ποιήματα όπου έχουμε συχνή εμφάνιση των φωνημάτων /s/,/f/,/x/.

/s/
 Σοφία , σώπασε για να ακούσω τι λέει ο παρουσιαστής στην τηλεόραση. Παρουσιάζει ένα θέμα μεγάλης σημασίας. Σε ένα σχολείο στη Σαλαμίνα ένα παιδί που λέγεται Σωκράτης έπεσε από τη σκάλα και χτύπησε άσχημα το κεφάλι του. Αμέσως το μετέφεραν στο νοσοκομείο για να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις και να του δοθούν οι πρώτες βοήθειες.

/s/
 • Ένα σκουλήκι έσκασε
 Απ'τα σοκολατάκια
 Που σου 'φερα εγώ προχθές

Μέσα στα σακκουλάκια

- Σήκωσα πολλά σακιά

Σήμερα όπως παλιά

Σου το είπα μην σηκώνεις

Και στο σπίτι σου σιμώνεις

/f/

«Φώτη σταμάτα να παίζεις με το φακό και φέρε το φάκελο με το φυλλάδιο που έφερε η Φανή », φώναξε η μητέρα. «Φανή ετοιμάσου και φόρεσε την φούστα την υφασμάτινη ή αλλιώς το φούξια φόρεμα και έλα να φας γιατί το φαγητό είναι έτοιμο. Έχουμε φακές και σε λίγο θα έρθει και η φίλη σου η Φωτεινή ».

/f/

- Φάε τώρα το φαγάκι

Που 'ναι ζεστό μες το πιατάκι

Έχουμε φακή και φάβα

Που 'ναι καυτερή σα λάβα

- Φύγε Σοφία γρήγορα

Φύγε και μην φοβάσαι

Και πάρε και την Φωτεινή

Και στο φεγγάρι φτάσε

/χ/

Η Χαρά χαίρεται που ο Χάρης έχασε στα χαρτιά από τον Χρήστο. Ο Χάρης επειδή έχασε έδωσε τα χρήματα στον Χρήστο. Τα χρήματα έπεσαν στο χαλί και η Χαρά τα μάζεψε. Ο Χρήστος τα χάρισε στη Χαρά και αυτή χόρευε από την χαρά της χτυπώντας παλαμάκια με τα χέρια της.

/χ/

- Ρίχνει χιόνι στο χωριό

Πω,πω κρύο φοβερό

Χιόνι και χιονάκι

Άσπρο σαν χαρτάκι

- Η Χαρούλα μας χορεύει

Και η γελώνα τη χαζεύει

Χαίρεται πολύ κι αυτή

Να χορέψει δεν μπορεί

(Α. Λαμπρινού, 2012)

ΟΜΑΔΑ Β

1. Χρησιμοποιούμε το χασμουρητό αυξάνοντας το μήκος των φράσεων της εισπνοής και εκπνοής. Δίνουμε έναν ήπιο αναστεναγμό κατά την διάρκεια της εισπνοής. Επαναλαμβάνουμε αυτό για πολλούς χρόνους.

2. Στην εισπνοή εισάγουμε ένα από τα ακόλουθα /ha/,/he/ή /hu/.

3. Επαναλαμβάνουμε το διαφορετικό /h/ με συνδυασμούς φωνηέντων.

4. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και μετά να εκπνεύσει εκφέροντας /ha/, /he/,/hi/,/ho/,/hu/ ή παρόμοιους συνδυασμούς.

5. Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και να εκπνεύσει εκφέροντας μονοσύλλαβες λέξεις.

6. Τέλος χτίζουμε συστηματικά μακρύτερες λέξεις και φράσεις.

ΟΜΑΔΑ Γ

1) Ζητάμε από τον ασθενή να εισπνεύσει και να εκπνεύσει εκφέροντας ένα παρατεταμένο ψιθυριστό φωνήεν.

2) Δουλεύουμε με τον ίδιο τρόπο με όλα τα φωνήεντα.

3) Καθώς το φωνήεν εκφέρεται με ένα παρατεταμένο ψίθυρο , σταδιακά προσθέτουμε μία ήπια φώνηση αρχίζοντας με /α/

- 4) Ξανά επαναλαμβάνουμε αυτή την άσκηση με όλα τα φωνήεντα.
- 5) Ψιθυρίζουμε λέξεις που αρχίζουν με φωνήεντα.

Όλα	άρα	ωμή	άσε	αίμα
Έλα	άρμα	ύλη	είπα	όσα
Ούλα	όρμος	ώρα	όση	
Από	ουρά	είμαι	άλλη	ένα

6) Χρησιμοποιούμε τις ίδιες λέξεις αρχίζοντας με ψίθυρο, σταδιακά προσθέτοντας ήπια φώνηση στο παρατεταμένο φωνήεν και τελικά προσθέτουμε την υπόλοιπη λέξη.

7) Δύο λέξεις , φράσεις μπορούν μετά να εισαχθούν όπου οι πρώτες λέξεις αρχίζουν με φωνήεν.

Έλα πάνω	άσε κάτω	ανοίγω πόρτα
Αφού φάω	είμαι καλά	ενώ πήγαινα
Ενώνω τελείες	όταν πάω	άμα φύγω
ίσως τότε	όσα θέλω	άτακτο παιδί
Από τώρα	είναι λάθος	απόψε φεύγω

Αν ο ασθενής εξακολουθεί να εμφανίζει έντονη γλωττιδική αποφόρτιση μπορεί η εκφορά των φωνηέντων από τον ασθενή να γίνεται παράλληλα με φώνηση από το θεραπευτή ώστε να δέχεται ακουστική και κινητικοαισθητική ανάδραση.(Α. Λαμπρινού, 2012)

24.6.ΕΥΡΕΣΗ ΒΕΛΤΙΣΤΟΥ ΤΟΝΟΥ

Στόχος : στόχος είναι να καταφέρει ο ασθενής να χρησιμοποιεί τη φωνή του με κατάλληλο τόνο έτσι ώστε να αποφευχθεί οποιαδήποτε ένταση και πίεση στην περιοχή των φωνητικών χορδών.

Ο Zaliouk (1960,1963) προτείνει μια απτική προσέγγιση στην τοποθέτηση της φωνής , η οποία απευθύνεται σε άτομα που έχουν φυσιολογική ακοή αλλά με δυσφωνία.

1) Τα χέρια τοποθετούνται ελαφρά πάνω στο πρόσωπο και την μύτη, ενώ ο ασθενής μουρμουρίζει έτσι ώστε οι δονήσεις να γίνονται αισθητές από τα δάχτυλα. Οι δονήσεις γίνονται περισσότερο αισθητές όταν ο βέλτιστος τόνος βρεθεί. Ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί το πρόσωπο του θεραπευτή για σύγκριση.

2) Μια άλλη διαδικασία είναι να τοποθετήσει ο ασθενής την άκρη του δαχτύλου του στα χαλαρά χείλη και να αισθανθεί την δόνηση καθώς εκφέρει ένα ήπιο μουρμουρητό. Τα χαλαρά χείλη τρέμουν κατά την διάρκεια του μουρμουρητού.(M. Fawcus, 1991)

24.7.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΗΧΗΡΟΤΗΤΑΣ

Στόχος : στόχος μας είναι να καταφέρει ο ασθενής να προβάλλει την φωνή του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στο χώρο έτσι ώστε να γίνεται καλύτερα και πιο εύκολα αντιληπτός από τους γύρω του. Στην υπεργλωττιδική φωνή η λαρυγγική ένταση συνυπάρχει με ένταση των υπογλωττιδικών περιοχών. Έτσι λοιπόν και ο υπερλειτουργικός φάρυγγας είναι συνήθως άκαμπτος ή συσφίγγεται τόσο , που αφήνει λίγο χώρο για αντήχηση. Η ίδια ένταση μπορεί να παρατηρηθεί και στην τεταμένη, περιορισμένη κίνηση της κάτω γνάθου, η οποία περιορίζει ακόμη περισσότερο τη στοματική κοιλότητα. Ο ασθενής μπορεί να προσπαθήσει να βελτιώσει την ηχηρότητα της φωνής του , μιλώντας πιο έντονα, αλλά συνήθως δεν υπάρχει βελτίωση.

1) Ζητάμε από τον ασθενή να καλύψει τα αυτιά του με τις χούφτες των χεριών του. Το μουρμουρητό με τις παλάμες των χεριών να καλύπτουν τα αυτιά ενισχύουν την αντήχηση της φωνής και επίσης είναι ένα χρήσιμο

επίτευγμα για τον καθορισμό της καλύτερης φωνητικής κλίμακας. Καθώς οι αρμονικοί ήχοι βουίζουν στα αυτιά γίνονται αισθητοί στα σαγόνια από χέρια, καθώς επίσης ακούγονται.

2) ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΝΤΗΧΗΣΗ : Η χρήση της απτικής υπόδειξης θα πρέπει να γίνει όταν τα άτομα που βρίσκονται στην θεραπεία χρησιμοποιούν ένα συνηθισμένο τόνο , ο οποίος είναι πολύ υψηλός και απουσιάζει η θωρακική αντήχηση. Το χέρι θα πρέπει να τοποθετηθεί ελαφρά στο λαιμό με τον αντίχειρα και το δείκτη να ακουμπούν τον λάρυγγα. Οι απτικές αισθήσεις όταν οι υψηλές και χαμηλές νότες συγκρίνονται θα πρέπει να γίνονται αισθητές.

3) Η τεχνική της μάσησης ενθαρρύνει την εύκολη κίνηση χωρίς ένταση των αρθρώτων , έτσι έμμεσα επηρεάζοντας την στοματική και φαρυγγική αντήχηση. Ζητείται από τον ασθενή να καθίσει μπροστά από έναν καθρέπτη και να προσποιηθεί ότι μασάει ένα μεγάλο κομμάτι τσίχλας. Ο ασθενής θα πρέπει να μασάει τον φανταστικό βλωμό με υπερβολικό τρόπο , με τα χείλη ανοιχτά και τη γλώσσα να κινείται σε όλο το στόμα. Θα πρέπει να δοθεί στον ασθενή αρκετός χρόνος να αποκτήσει ένα χαλαρό αλλά υπερβολικό τρόπο μασήματος. Παρακολουθώντας τον ασθενή ,ο θεραπευτής ζητάει από τον ασθενή να αρχίσει την φώνηση ταυτόχρονα χρησιμοποιώντας ψευδολέξεις που αρχίζουν από φωνήεν. Μονότονες επαναλήψεις των ήχων δείχνουν ότι η γλώσσα και τα χείλη δεν κινούνται αρκετά.

4) Ο ασθενής χρησιμοποιεί ένα χασμουρητό για να αρχίσει , αυξάνοντας το μήκος των φράσεων της εισπνοής και της εκπνοής. Μετά ο ασθενής κάνει ένα ήπιο αναστεναγμό κατά την διάρκεια της εκπνοής. Επαναλαμβάνουμε αυτή την άσκηση για πολλούς χρόνους.

5) Η αντήχηση μπορεί να αναπτυχθεί με ασκήσεις που βασίζονται στο μουρμουρητό.

➤ Ζητείται από τον ασθενή να κάνει εξάσκηση στο μουρμουρητό και να συγκεντρωθεί στις δονήσεις των χειλιών.

➤ Αυτή η άσκηση επιταχύνεται αφού ο ασθενής εκφέρει το /m/ που ακολουθείται από φωνήεντα. Αυτές οι συλλαβές μετά χρησιμοποιούνται για να ανέβει και να κατέβει την κλίμακα σε διαφορετικούς ρυθμούς.

➤ Ο ασθενής τραγουδάει αυτούς τους ήχους και τους λέει σε γρήγορη σειρά για να αναπτύξει την χρήση της αντήχησης.

24.8.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΡΘΡΩΣΗ

Στόχος : στόχος μας είναι να αποφευχθεί η ένταση στις φωνητικές χορδές του δυσφωνικού ασθενή . Χρειάζονται ασκήσεις οι οποίες να προκαλούν ήρεμη φώνηση και σε αυτό βοηθάει η αναπνοή και κυρίως η εκπνοή.

Ζητείται από τον ασθενή να εισπνεύσει εκφέροντας τις εξής λέξεις :

Λέω	φοράω
Βάρος	φυσάω
Βάφω	ψηλός
Ήρθα	αντέχω
Νέος	Αφρική
Πίνω	γατάκι
Πόλη	ένατος
Σπάω	ήρεμος
Τρώω	καιρός
Χώρα	στέλνω
Ακούω	υπάρχω
Άλογο	φαγητό
Απέχω	αλήθεια

24.8.1.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

Στόχος : στόχος μας είναι συγκεκριμένη δουλειά στην άρθρωση, που μπορεί να είναι απαραίτητη για έναν ασθενή του οποίου οι αρθρωτικοί τρόποι έχουν επηρεάσει δυσμενώς την φώνηση όπως στα άτομα που ανοίγουν λίγο το στόμα τους και έχουν άκαμπτο σαγόι. Χαλάρωση και συγκεκριμένες ασκήσεις άρθρωσης είναι ο σκοπός της θεραπείας. Επίσης στόχος των ασκήσεων είναι η βελτίωση της επίγνωσης , έτσι ώστε ο ομιλητής να νοιώθει τις γρήγορες απαλές κινήσεις της γλώσσας και των χειλιών και να στοχεύει σε άρθρωση που είναι διακριτή αλλά όχι αφύσικη. Τέλος σκοπός είναι να αυξηθεί η συνολική επίγνωση των αρθρωτικών κινήσεων και παρόλο που οι προσαρμογές που πρέπει να γίνουν είναι συνήθως ελάχιστες, εντούτοις μπορούν να βελτιώσουν αισθητά την καταληπτότητα του λόγου.

1) Ζητείται από τον ασθενή να κάνει εξάσκηση σε σύμφωνα με διαφορετικούς συνδυασμούς και ρυθμούς με σκοπό την ανάπτυξη συνεργασίας των μυϊκών κινήσεων και επίσης κιναισθητική και ακουστική εκτίμηση.

/p-t-k, p-t-k/ ή /r-l-j, r-l-j/
/t-tt-t, k-kk-k/ ή /kk-kk-kk-k/

2) Ζητείται από τον ασθενή να στρίψει την γλώσσα του και τέλος προτάσεις παρήχησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη της αρθρωτικής ικανότητας.

3) Ζητάμε από τον ασθενή να εκφέρει φωνήεν και ηχηρό σύμφωνο συνεχές (m, l, v, r, z,) πρώτα σε λέξεις και μετά σε προτάσεις. Ο ασθενής παρατείνει το σύμφωνο που ακολουθεί από φωνήεν.

ΛΕΞΕΙΣ

Άρα	έλα	ίνα
Όλα	ωμά	ώρα
Ανία	αυγά	ούζο

Ούλα	ουρά	αμάξι
Αύριο	αλλάζω	άνοιξη
Εμετός	αλυσίδα	ευλογία

Άρρωστος

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Ωμά αυγά
- Άνοιξε αμέσως
- Ελένη έλα αύριο
- Όλα είναι αλλαγμένα
- Αμαλία είμαι άρρωστη
- Μας αρέσει το ούζο
- Το αμάξι είναι άνετο
- Η αλυσίδα είναι ανοιχτή
- Άννα εμείς αλλάζουμε την ώρα

4) Ζητάμε από την ασθενή να εκφέρει φωνήεν που ακολουθείται από ηχηρά έκκροτα σύμφωνα που παράγονται μπροστά στο στόμα πρώτα σε λέξεις και μετά σε προτάσεις.

ΛΕΞΕΙΣ

Από	ούτε	αμπέλι	απόφαση	εντύπωση
Ότι	αιτία	αντέχω	άτακτος	αντίπαλος
Αντί	αποχή	ατιμία	εμπόριο	
Έτος	άτομο	εντολή	ετικέτα	
Ήτα	εντός	έντομο	έτοιμος	
Ήταν	εποχή	ένταση	αντιπαθώ	
Όταν	όπερα	άπιστος	εμπειρία	

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Όταν ετοιμαστείς
- Εντάξει είναι έτοιμα

- Είναι η αιτία
- Από απόψε ετοιμάζεται απεργία
- Ότι είπα ήταν έτοιμο
- Η απόφαση ήταν απαράδεκτη
- Εντυπωσιάστηκε από την όπερα
- Έχει αποκτήσει εμπειρία στο εμπόριο
- Ο Αντώνης είναι άπιστος και άτιμος

5. Ζητάμε από τον ασθενή να εκφέρει φωνήεντα σε συνδυασμό με ηχηρά σύμφωνα που παράγονται στο πίσω μέρος του στόματος (k, g) πρώτα σε λέξεις και μετά σε προτάσεις.

ΛΕΞΕΙΣ

Εκεί	αγκαλιά
Ακούω	αγκώνας
Εκατό	ακόντιο
Όγκος	εγγονός
Οίκος	αγκινάρα
Αγκάθι	Ουγγαρία
Άκεφος	έγκυος

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Ακούω μουσική
- Εκατό ακόντια
- Εκεί έχει αγκάθια
- Η έγκυος τρώει αγκινάρες
- Η Ουγγαρία είναι εκεί
- Ο εγγονός είναι άκεφος

(ΧΡ.Αθανασιάδη, 2012)

24.9.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΦΩΝΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΑΥΘΟΡΜΗΤΟ ΛΟΓΟ

ΣΤΟΧΟΣ : Στόχος μας είναι μια καθαρή και δυνατή φωνή που επιτυγχάνεται με τις πρώτες ασκήσεις και μόνο συνειδητά. Αργότερα αυτή η σταθερή παραγωγή της φωνής μπορεί να διατηρηθεί κατά την διάρκεια του αυθόρμητου λόγου. Ένας σημαντικός σκοπός στα τελευταία στάδια της θεραπείας πρέπει να είναι η παροχή ενδιαφέροντος και ποικιλία , έτσι ώστε το ενδιαφέρον του ασθενή και ο ενθουσιασμός να κρατιούνται σταθερά.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ :

1. Με μια γρήγορη εισπνοή πριν από κάθε γραμμή , όταν ο ασθενής ψέλνει ένα τραγούδι , αφού όμως συγκεντρώνεται στον καλό τόνο και άρθρωση.
2. Ο ασθενής σχηματίζει προτάσεις αυξανόμενου μήκους.
 - Ήταν μια κρύα μέρα.
Ήταν μια κρύα και βροχερή μέρα.
Ήταν μια κρύα, βροχερή και συννεφιασμένη μέρα.
 - Έφυγα νωρίς.
Έφυγα νωρίς για τη δουλειά.
Έφυγα νωρίς για τη δουλειά με το λεωφορείο.
 - Πήγα στο νοσοκομείο.
Πήγα στο νοσοκομείο για να δω τη θεία μου.
Πήγα στο νοσοκομείο για να δω τη θεία μου που ήταν άρρωστη.
 - Αγόρασα μήλα.
Αγόρασα μήλα και πορτοκάλια.
Αγόρασα μήλα και πορτοκάλια από τον μανάβη.
 - Ψώνισα ρούχα.
Ψώνισα ρούχα και καλλυντικά.

Ψώνισα ρούχα και καλλυντικά από τα μαγαζιά.

- Είμαι ευχαριστημένος.
Είμαι ευχαριστημένος από το βαθμό.
Είμαι ευχαριστημένος από το βαθμό της εργασίας μου.
- Της είπα καλημέρα.
Της είπα καλημέρα και έφυγα.
Της είπα καλημέρα και έφυγα για τη δουλειά.
- Είμαστε φίλοι.
Είμαστε φίλοι και συναντηθήκαμε χθες.
Είμαστε φίλοι και συναντηθήκαμε χθες τυχαία.
- Το βιβλίο είναι καινούργιο.
Το βιβλίο είναι καινούργιο και το διάβασα.
Το βιβλίο είναι καινούργιο και το διάβασα σε μια μέρα.
- Το μωρό έκλαιγε.
Το μωρό έκλαιγε όλη νύχτα .
Το μωρό έκλαιγε όλη νύχτα και σταμάτησε το πρωί.
(S.J. Robertson at all)

24.10.ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΔΙΑΣ

ΣΤΟΧΟΣ :αφού ο ασθενής έχει καταφέρει να βελτιώσει την φώνηση και την άρθρωση , οι ασκήσεις αυτές γίνονται για τη βελτίωση της προσωδίας και την αποφυγή μονότονης και περιορισμένης σε τόνο φωνή ώστε να πλησιάζει η φωνή του την φυσιολογική. Επιπλέον με την ανάπτυξη και τη βελτίωση των στοιχείων της προσωδίας , ο ασθενής επιτυγχάνει την προσαρμογή της φωνής του ανάλογα με το μήνυμα της πρότασης που θέλει να μεταδώσει.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ :

1. Ο ασθενής εξασκείται με τις ασκήσεις φωνηέντων και τις ασκήσεις μουρμουρητού με αυξημένο και μειωμένο τόνο. Αυτό μπορεί να

γίνει και με οπτικό σύνθημα , όπως να σηκώνει το χέρι του επάνω και να το κατεβάζει.

2. Φράσεις που σημειώνονται με διαφορετικό τονισμό. Η ίδια φράση μπορεί να ειπωθεί με διαφορετικά μηνύματα.

- Έλα τώρα εδώ. (τί να κάνει ;)
Έλα **τώρα** εδώ. (πότε να έρθει ;)
Έλα τώρα **εδώ**. (πού να έρθει ;)
- **Αυτοί** πήγαν σχολείο. (ποιοι πήγαν σχολείο ;)
Αυτοί πήγαν **σχολείο**. (πού πήγαν αυτοί ;)
- **Εμείς** είμαστε φίλοι. (ποιοι είμαστε φίλοι ;)
Εμείς είμαστε **φίλοι**. (τι είμαστε ;)
- **Η Μαρία** χτύπησε τον Τάκη. (ποιός χτύπησε τον Τάκη ;)
Η Μαρία χτύπησε **τον Τάκη**. (ποιόν χτύπησε η Μαρία ;)
- **Το πρωί** τα παιδιά πήγαν στην θάλασσα. (πότε πήγαν τα παιδιά στη θάλασσα ;)
Το πρωί **τα παιδιά** πήγαν στην θάλασσα. (ποιοί πήγαν το πρωί στην θάλασσα ;)
Το πρωί τα παιδιά πήγαν **στην θάλασσα**. (πού πήγαν τα παιδιά το πρωί ;)
- **Η γάτα** πήδηξε πάνω στο τραπέζι. (ποιός πήδηξε πάνω στο τραπέζι ;)
Η γάτα **πήδηξε** πάνω στο τραπέζι. (τί έκανε η γάτα πάνω στο τραπέζι ;)
Η γάτα πήδηξε **πάνω στο τραπέζι**. (πού πήδηξε η γάτα ;)
(S.J.Robertson at all), (ΧΡ.Αθανασιάδη, 2012)

3. Οι γραμμές ενός ποιήματος επαναλαμβάνονται μετά τον θεραπευτή με πολύ προσοχή από τον ασθενή στον τόνο, τονισμό και το ρυθμό. Τα λάθη του ασθενή θα πρέπει να μιμούνται από τον θεραπευτή και να ζητείται από τον ασθενή να τα διορθώσει. Όταν τελειώσει αυτή ζητείται

από τον ασθενή να διαβάσει μόνος του το ποίημα για να διορθώσει τα λάθη του.

ΠΟΙΗΜΑΤΑ

- Την είδα την Ξανθούλα
Την είδα ψες αργά
Που μπήκε στην βαρκούλα
Να πάει στην ξενιτιά

Φούσκωνε τ' αγέρι
Λευκότατα πανιά
Ωσάν το περιστέρι
Που απλώνει τα φτερά

Εστέκονταν οι φίλοι
Με λύπη , με χαρά
Και αυτοί με το μαντήλι
Τους αποχαιρετά.

Και το χαιρετισμό της
Εστάθηκα να δω
Ως που η πολλή μακρότης
Μου το κρύψε και αυτό.

Σ ολίγο , σ ολιγάκι
Δεν ήξερα να πώ
Αν έβλεπα πανάκι
Ή του πελάγου αφρό

Κι αφού πανί μαντήλι

Εχάθη στο νερό
Εδάκρυσαν οι φίλοι
Δάκρυσα και εγώ

- Το κύμα λάμπει στ ακρογιαλιά
Κι είναι τα βράχια όλο χαρά
Σκύβω να πιάσω δύο κοράλλια
Μέσα στα τρισταθά νερά
Κι όπως παλεύω και βουτώ
Τα χάνω και τα αναζητώ
Κι όλο σταυρούς και παρακάλια
Κι αδιάκοπο κυνηγητό

Τα πιάνω, μα γλιστρούν, ξεφεύγουν..
Κιοτεύω και παραμιλώ
Τα λογικά μου λες σαλεύουν
Κι είναι το βλέμμα μου θολό

Με κόπο επάνω τους ορμώ
Τα λαχταρώ, τα επιθυμώ
Μ αυτά γελούν και κοροϊδεύουν
Να τα χουφτιάσω δεν μπορώ.

4. Εξάσκηση από τον ασθενή διαβάζοντας ένα κείμενο , είναι πολύ δύσκολη άσκηση και δεν θα πρέπει να συστήνεται μέχρι τα καινούργια φωνητικά πρότυπα να έχουν καθιερωθεί. Μερικοί ασθενείς βρίσκουν ευκολότερο να διαβάζουν ποιήματα από κείμενα.

ΚΕΙΜΕΝΑ

- Το δωμάτιο μου είναι γωνιαίο και έχει δύο παράθυρα, το ένα βλέπει το βουνό και το άλλο στη θάλασσα. Η θάλασσα εδώ είναι περισσότερο πράσινη παρά γαλάζια και στο βάθος εκεί όπου φτάνει και σταματάει η ματιά, ξεχωρίζει μια ανοιχτόχρωμη φαρδιά λουρίδα , που λες και ανήκει στον ουρανό. Τα βράχια έχουν σχήματα στρογγυλεμένα και επιφάνεια γλιστερή, είναι πορτοκαλιά, που και που κοκκινίζουν , και σε ορισμένα μέρη πατάς και βουλιάζει το πόδι σου...(ψάθινα καπέλα, Μαργαρίτα Λυμπεράκη)

- Η σχολική ηλικία είναι περίοδος σταθερότητας και σωματικής υγείας. Θεωρείται η υγιέστερη περίοδος της ανάπτυξης. Οι ασθένειες , όχι μόνο μειώνονται αριθμητικώς σημαντικά, αλλά γίνονται και λιγότερο απειλητικές. Το παιδί, με την αύξηση της λειτουργικής ωριμότητας των διαφόρων οργάνων κι όταν αρρωστήσει , ευκολότερα επανέρχεται στη φυσική του κατάσταση.

Στην αρχή της σχολικής περιόδου , υπάρχει σχετικά μεγαλύτερο ποσοστό ασθενειών, γιατί η είσοδος ενός παιδιού στο σχολείο αφενός επιφέρει αλλαγές στις συνθήκες ζωής του παιδιού, με αποτέλεσμα να μειώνεται η δύναμη αντίστασης του οργανισμού και αφετέρου γιατί διευκολύνει το συγχρονισμό των παιδιών , με αποτέλεσμα να γίνεται ευκολότερη η μετάδοση των νοσογόνων μικροοργανισμών. Μετά το 10 0 έτος όμως οι συνθήκες μειώνονται σταθερά σε χαμηλό ποσοστό.

(εξελικτική ψυχολογία, Ιωάννου Ν. Παρασκευοπούλου, Τόμος 3)

5. Ασκήσεις για την διόρθωση της σημαντικής πτώσης του τόνου στο τέλος των φράσεων είναι συχνά απαραίτητο. Ο ασθενής μπορεί να εξασκηθεί στα ακόλουθα :

- ❖ Να πει την τελευταία λέξη με υπερβολική αύξηση στον τονισμό.

Είναι κανείς στο σπίτι ;

Είσαι έτοιμος;

Είναι αυτός ο δρόμος;

Σας έχει μείνει καθόλου γάλα;

Είναι μέσα κανείς;

Θέλετε ένα ποτό;

Έχετε κλείσει ραντεβού;

Πού είναι τα εισιτήρια;

Το έχεις χάσει;

Θα δεις τον αγώνα;

❖ Να πει τη φράση μονότονα και μετά να την επαναλάβει με κανονικό τονισμό.

Ήταν μια υπέροχη έκπληξη.

Μα, τι θα τους πω;

Αναρωτιέμαι, αν θα μπορούσα να τους καλέσω.

Ήταν πολύ συναρπαστικός ο αγώνας που είδαμε.

Το καλοκαίρι που πέρασε ήταν όμορφα.

Θα πάς στη δουλειά αύριο;

Ρώτησες τελικά τι έγινε;

Σε ευχαριστώ για τα καλά σου λόγια.

Είναι πολύ όμορφος ο κήπος σου.

Είμαι πολύ θυμωμένος μαζί σου.

❖ Να πει την φράση και στο τέλος σαν να μην έχει τελειώσει η φράση.

Το πρωί που ξύπνησα κάποιος χτύπησε την πόρτα και...

Έγινε ένα τρακάρισμα χθες και...

Η Μαρία έπιασε καινούργια δουλειά στην Αθήνα και ...

Το αγαπημένο μου χρώμα είναι το άσπρο και ...

Το καλοκαίρι πήγα στη Νάξο, στην Σύρο και...

Όταν διάβασα το βιβλίο ενθουσιάστηκα και...

Με τα χρήματα που πήρα αγόρασα ρούχα, παπούτσια και...

6. Η εξάσκηση στον αυθόρμητο λόγο από τον ασθενή περιλαμβάνει τις εξής ασκήσεις :

✓ Δίνουμε μικρές απαντήσεις σε ερωτήσεις που έχουν σχεδιασμένες απαντήσεις και βασίζονται στις βασικές αρχές της καλής παραγωγής της φωνής σε μια ελεγχόμενη κατάσταση.

✓ Περιγραφή αντικειμένων ή γεγονότων

✓ Δίνοντας έτοιμες ομιλίες για οποιαδήποτε θέμα.

7. Εάν το επάγγελμα του ασθενή απαιτεί ομιλία σε υψηλά επίπεδα θορύβου , είναι χρήσιμο για αυτό να είναι μέρος της εξάσκησης στα τελικά στάδια της θεραπείας. Μια καταγραφή σε κασέτα της κυκλοφοριακής κίνησης , των θορύβων των εργοστασίων , τα παιδιά και οτιδήποτε άλλο κατάλληλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Παίζοντας δυνατά , βοηθάει το άτομο να αντιμετωπίσει την κατάσταση και να αυξήσει την φωνητική ένταση χωρίς πίεση και ξαναγυρίζοντας να πιέζει την φωνή του.

(ΧΡ.Αθανασιάδη, 2012)

24.11.Φωνητική θεραπεία -LSVT LOUD (Lee Silverman Voice Treatment)

Η Θεραπεία φωνής LeeSilverman (LSVT ®LOUD) θεωρείται ως η πρώτη αποτελεσματική λογοθεραπευτική παρέμβαση που στόχο έχει την βελτίωση της φωνής και της ομιλίας των ατόμων που πάσχουν από την νόσο του Πάρκινσον και άλλες νευρολογικές διαταραχές. Είναι η πρώτη θεραπεία ομιλίας με ερευνητικά στοιχεία επιπέδου 1 και ερευνητικό υπόβαθρο πάνω από 20 έτη.

Πρόκειται για μια θεραπεία που εστιάζει στην αύξηση της έντασης της φωνής και έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι βελτιώνει σημαντικά την ομιλία μετά από ένα μήνα θεραπείας και ότι η βελτίωση στην ομιλία διαρκεί μέχρι και δυο χρόνια μετά τη θεραπεία.

Οι ασκήσεις της μεθόδου Lee Silverman μαθαίνονται εύκολα και έχουν μια άμεση επίδραση στην επικοινωνία. Η θεραπεία επικεντρώνεται στη βελτίωση της φωνητικής έντασης και την άμεση μεταφορά της σε καθημερινές επικοινωνιακές λειτουργίες που θα επιτρέψουν στους ασθενείς να διατηρήσουν ή /και να βελτιώσουν την προφορική επικοινωνία τους.

Η θεραπεία φωνής Lee Silverman πραγματοποιείται μόνο από εξειδικευμένους λογοθεραπευτές που έχουν δεχτεί ειδική εκπαίδευση από την LSVT Global και έχουν έγκριση χορήγησης της μεθόδου. Η πιο εγκεκριμένη μέθοδος είναι ένα εντατικό πρόγραμμα θεραπείας που περιλαμβάνει 16 επισκέψεις (4 ημέρες την εβδομάδα, για 4 εβδομάδες).

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούνται τα εξής:

- Βελτιώνει τόσο τη φωνή όσο και την ομιλία των ατόμων με νόσο του Πάρκινσον.

- Θεραπεία την υποκείμενη παθολογία που συνδέεται με την διαταραγμένη φωνή.
- 90% των ασθενών παρουσιάζει εμφανή βελτίωση της φωνής και της ομιλίας μετά το τέλος της θεραπευτικής παρέμβασης.
- Περίπου το 80 % των ασθενών που ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα διατήρησαν τη φωνή τους για 12-24 μήνες μετά τη θεραπεία.
- Σχεδόν όλοι οι ασθενείς καθώς και οι οικογένειες τους αναφέρουν βελτίωση της ικανότητάς τους να επικοινωνούν.(ΓΡ.Νάσιος και συνεργάτες 2012)

25.Δυσκαταποσία – δυσφαγία

Κατάποση είναι η διαδικασία με την οποία το περιεχόμενο της στοματικής κοιλότητας (σάλιο, υγρή ή στερεά τροφή) προωθείται στο φάρυγγα , για να καταλήξει στο στομάχι. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου , παρουσιάζεται δυσκαταποσία και δυσφαγία δηλαδή δυσκολία στην κατάποση υγρών ή τροφής. Το πρόβλημα μπορεί να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε από τα τρία στάδια της κατάποσης(στοματικό, φαρυγγικό , οισοφαγικό στάδιο).

Λόγω των κινητικών διαταραχών της νόσου , βλάπτεται η μάσηση, ο σχηματισμός βλωμού και η προώθηση του με τη βοήθεια της γλώσσας προς το πίσω μέρος του στόματος. Επιπλέον οι απαραίτητοι μύες για την πραγματοποίηση της κατάποσης είναι δυσκαμπτικοί και έχουν χάσει τη γρήγορη και αρμονική ανταπόκριση με αποτέλεσμα παραμονή μέρους τροφής στο στόμα, που είτε εξέρχεται από αυτό ή μπορεί να εισέλθει στην αναπνευστική οδό. Το τελευταίο αποτελεί το σοβαρότερο κίνδυνο , αφού μπορεί να προκαλέσει πνιγμό ή λοίμωξη του αναπνευστικού, πνευμονία. Η

πνευμονία από εισρόφηση , αποτελεί την συχνότερη αιτία θανάτου των ασθενών με Πάρκινσον , ακόμα και των νεότερων σε ηλικία.

Ο βήχας κατά την κατάποση είναι το σύμπτωμα στο οποίο πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή ,τα άτομα που φροντίζουν τον ασθενή, καθώς μπορεί να αποκαλύψει σοβαρή υπάρχουσα δυσκαταποσία . Δυσκολία μπορεί να υπάρξει και στα υγρά, ακόμα και του σιέλου, γεγονός που εξηγεί κατά ένα μέρος την σιελόρροια. (πρακτικό σεμινάριο δυσφαγίας, 2012)

26.Ομάδες ασκήσεων της αιτιολογικής θεραπευτικής μεθόδου

Οι ασκήσεις της αιτιολογικής θεραπείας εξυπηρετούν στην απαραίτητη για την κατάποση στάση του σώματος και στην φυσιολογική αναπνοή, στην αποδόμηση παθολογικών αντανακλαστικών, στην ομαλοποίηση της αισθητικότητας, στη χρονικά κατάλληλη έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης, καθώς και στην ομαλοποίηση του μυϊκού τόνου ή και στην ενεργοποίηση των απαραίτητων για την κατάποση μυών (βελτίωση της στοματοπροσωπικής και φαρυγγολαρυγγικής κινητικότητας). Ανάλογα με το εκάστοτε επιθυμητό αποτέλεσμα οι ασκήσεις αυτές μπορούν να χωριστούν σε ομάδες και να διαιρεθούν τοπογραφικά.

26.1.Αιτιολογική μέθοδος θεραπείας

1. Πρότυπα στάσης του σώματος
2. Αναπνοή και φωνή
3. Ασκήσεις προετοιμασίας

26.2.Στοματοπροσωπική οδός

4. Αποδόμηση παθολογικών στοματικών αντανακλαστικών
5. Διέγερση του αντανακλαστικού κατάποσης
6. Στοματοπροσωπικές κινήσεις

7. Κινήσεις της γνάθου
8. Κινητικότητα της γλώσσας
9. Λειτουργία του υπερώου ιστίου

26.3.Φαρυγγολαρυγγική οδός

10. Λαρυγγική προσαγωγή
11. Λαρυγγική ανύψωση

26.4.Πρότυπα στάσης

Προϋπόθεση για την θεραπεία της κατάποσης είναι η κατάλληλη για την κατάποση στάση του σώματος. Οι ασκήσεις επιδιώκουν την κινητικά ελεύθερη αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Μέσω της κάμψης του αυχένα (μακρύς αυχέννας) διευκολύνεται ή και καθίσταται δυνατό το κλείσιμο του στόματος και η ανύψωση του λάρυγγα. Σε ασθενείς που δεν έχουν τον έλεγχο της κεφαλής και της γνάθου αυτή η κίνηση εφαρμόζεται παθητικά από τον θεραπευτή.

Παθητικός έλεγχος της κεφαλής

Επί απουσίας ελέγχου της κεφαλής καθίσταται αναγκαία βοηθητικά μέσα, όπως μαξιλάρια, αυχενικά ρολά ή σταθεροποίηση με τα χέρια. Κατά τον έλεγχο της κεφαλής από τον θεραπευτή, αυτός στέκεται στα πλάγια του ασθενούς και συλλαμβάνει με το χέρι την κεφαλή του ασθενούς.

Δρομολόγηση του ελέγχου της κεφαλής

Μέσω χειρονακτικής πίεσης στο στέρνο διεγείρεται η κάμψη του αυχένα. Εφαρμογή δερματικών ερεθισμάτων στα πλάγια της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης: Με τον αντίχειρα και τον δείκτη δίκηνη διχάλας χαϊδεύουμε από το ύψος του ώμου μέχρι και το οπίσθιο τμήμα της κεφαλής, διευκολύνοντας έτσι την αντανακλαστική έκταση των εκτατικών μυών του αυχένα.

Παθητική λαβή για τον έλεγχο της γνάθου

Αυτή η λαβή επιδιώκει μεταξύ άλλων την αντίληψη του τόνου της παρειάς, των κινήσεων της γνάθου και την τάση του εδάφους του στόματος.

Έλεγχος της γνάθου από τα πλάγια: Ο θεραπευτής στέκεται στα πλάγια του ασθενούς, το δεξί του χέρι κατευθύνεται κάτω από τον πώγωνα του ασθενούς, ο αντίχειρας βρίσκεται στην περιοχή της κροταφογναθικής άρθρωσης, ο δείκτης μεταξύ πώγωνα και κάτω χείλους για τον έλεγχο της απόφραξης των χειλιών, το μεσαίο δάκτυλο διεγείρει την κατάποση με κυκλικές κινήσεις στην περιοχή του εδάφους του σώματος.

Έλεγχος της κεφαλής από τα εμπρός: Ο αντίχειρας του θεραπευτή τοποθετείται κάθετα κάτω από το χείλος, το μεσαίο δάκτυλο κάτω από τον πώγωνα και ο δείκτης κατά μήκος της κάτω γνάθου.

26.5. Ασκήσεις προετοιμασίας

Μετά την ιδιοδεκτική νευρομυική διευκόλυνση τα πρότυπα της κεφαλής και του λαιμού εξυπηρετούν ως μέτρα προετοιμασίας για την γενική κινητοποίηση των λειτουργιών που λαμβάνουν μέρος στην κατάποση, δηλ. ενεργοποίηση των δομών της στοματοπροσωπικής και φαρυγγολαρυγγικής οδού.

26.6. Πρότυπα της κεφαλής και του λαιμού σύμφωνα με την (PNF) ιδιοδεκτική νευρομυική αρωγή

- Έκταση με περιστροφή προς τα δεξιά
- Έκταση με περιστροφή προς τα αριστερά
- Κάμψη με περιστροφή προς τα δεξιά
- Κάμψη με περιστροφή προς τα αριστερά

Έκταση με περιστροφή προς τα δεξιά

Ο αριστερός αντίχειρας του θεραπευτή τοποθετείται στον πώγωνα, η παλάμη στην δεξιά σιαγόνα, το δεξί χέρι υποστηρίζει το πίσω μέρος της κεφαλής.

Ο ασθενής προστάζεται να στρέψει την κεφαλή του δεξιά πάνω. Αυτή η κίνηση εκτελείται πρώτα από τον θεραπευτή. Μέσω πίεσης του αντίχειρα προς τα κάτω και της παλάμης προς το μέσο επίπεδο ασκείται βαθμιαία αντίσταση.

Κάμψη με περιστροφή προς τα δεξιά

Η δεξιά έσω επιφάνεια των δακτύλων του θεραπευτή τοποθετείται στο έδαφος του στόματος, η δεξιά παλάμη πλάγια στο δεξί τμήμα της κάτω σιαγόνας, το αριστερό χέρι υποστηρίζει το πίσω μέρος της κεφαλής. Ο ασθενής προστάζεται να στρέψει την κεφαλή του δεξιά και κάτω. Αυτή η κίνηση συνοδεύεται πρώτα από τον θεραπευτή, ενώ μετά αυξάνεται βαθμιαία η αντίσταση με την έσω επιφάνεια των δακτύλων προς τα πάνω και με την παλάμη προς το μέσο επίπεδο. Η έκταση και η κάμψη προς τα αριστερά εκτελούνται σε συνδυασμό.

Βασική άσκηση, παραλλαγή (στοματοπροσωπική θεραπεία)

Αυτή η άσκηση μπορεί να εκτελεσθεί τόσο σε καθιστή όσο και σε κατακλιμένη θέση. Η δεξιά παλάμη του θεραπευτή τοποθετείται στην κάτω γνάθο του ασθενή, το αριστερό χέρι στο ινίο και εξασκείται έλξη προς τα πάνω. Ακολουθεί παθητικά έκταση, κάμψη και περιστροφή της κεφαλής προς το οδηγό χέρι. Στην συνέχεια ο θεραπευτής τοποθετεί το αριστερό μεσαίο δάκτυλο και τον αριστερό δείκτη στην κάτω γνάθο και εξασκεί δονήσεις με πίεση προς τα δεξιά, ενώ ο ασθενής πρέπει να στρέψει του κεφάλι του ενάντια σε αυτή την αντίσταση προς το μεσαίο επίπεδο.

(Ε. Αναγνώστου και συνεργάτες, 2007)

26.7.Λειτουργίες της στοματοπροσωπικής οδού

Παραδείγματα ασκήσεων για την βελτίωση των λειτουργιών της στοματοπροσωπικής οδού

S= Διέγερση, M= τεχνικές κινητοποίησης, A= αυτόνομες κινητικές ασκήσεις

Αποδόμηση του αντανακλαστικού δήγματος

S: Απαλή πίεση κατά μήκος της υπερώας, μακράς διάρκειας δόνηση στην περιοχή του μασητήρα μυ

Διέγερση του αντανακλαστικού μάσησης: βελτίωση της περιφερικής αισθητικότητας, της κινητικότητας της γλώσσας, της νεύρωσης, καθώς και συνυπολογισμός των ιδιοτήτων του βλωμού.

Διέγερση της αισθητικότητας:

Θερμικά: διέγερση των βάσεων των προσθίων υπερωϊών τόξων με πάγο σύμφωνα με τον Logemann ή μη ειδικά με γλείψιμο πάγου για μικρό χρονικό διάστημα οπτικά, οσφρητικά, γευστικά

Διέγερση της κινητικότητας της γλώσσας – εδάφους του στόματος

Θερμικά: ερεθίσματα των μυών της γλώσσας και του πυθμένα του στόματος μέσω πίεσης και δόνησης του εδάφους του στόματος

Χείλη

S: Ελαφρύ άγγιγμα με το χέρι

M: Ασκήσεις αντίστασης με το γλωσσοπίεστρο, έλξη με νήμα

A: Ασκήσεις των χειλιών, άρθρωση με χειλικά σύμφωνα

Παρειές

S: Απαλή κίνηση, ελαφρύ άγγιγμα με το χέρι, διαλείπουσα δόνηση, Tapping

M: Έκταση των παρειών ενάντια στην αντίσταση με το γλωσσοπίεστρο και τα δάκτυλα

A: Ρόφημα, φύσημα

Διάνοιξη της σιαγόνας

Αύξηση του τόνου των μυών που ανοίγουν την σιαγόνα, μείωση του τόνου των μυών που την κλείνουν

S: Ελαφρύ άγγιγμα των χειλιών, άσκηση ελαφριάς πίεσης κατά μήκος του διγάζτωρα μυ, ελαφριά πίεση στον πάγωνα, νυγμός στο εξωτερικό έδαφος της στοματικής κοιλότητας, πάγος πάνω από τους μυς που διανοίγουν την σιαγόνα για μικρό χρονικό διάστημα, ουδέτερη θερμότητα στον μασητήρα μυ, ενδοστοματική και εξωστοματική μάλαξη του μασητήρα μυ

S: Νυγμός του μασητήρα, πάγο πάνω στον μασητήρα για μικρό χρονικό διάστημα

Προβολή της γλώσσας

S: Απαλή επαφή με τα χέρια της κορυφής της γλώσσας, πίεση και δόνηση από εμπρός προς τα πίσω

M: Άσκηση αντίστασης με το γλωσσοπίεστρο

A: Γλείψιμο επαλειμμένης με μέλι σπάτουλας, η γλώσσα ωθείται προς τα έξω

Οπισθοχώρηση της γλώσσας

M: Άσκηση αντίστασης με μια γάζα, πίεση και δόνηση από πίσω προς τα εμπρός

A: Προβολή της γλώσσας προς τα έξω και έλξη προς τα πίσω

Ανύψωση της κορυφής της γλώσσας

S: Ελαφρύ άγγιγμα με το χέρι, πίεση και δόνηση, πάγος για μικρό χρονικό διάστημα

M: Ασκήσεις αντίστασης με το γλωσσοπίεστρο

A: Γλείψιμο του άνω χείλους, έκταση της γλώσσας προς την μύτη, ασκήσεις με πλαστικούς δακτυλίους, πλατάγιασμα με την γλώσσα, άρθρωση με σύμφωνα της δεύτερης ζώνης άρθρωσης

Ανύψωση της ράχης της γλώσσας

S: Ελαφρύ άγγιγμα με το χέρι, πίεση στην ράχη της γλώσσας, πίεση και δόνηση από πίσω προς τα εμπρός

M: Ασκήσεις αντίστασης με το γλωσσοπίεστρο

A: Ασκήσεις ρόφησης, ασκήσεις με πλαστικούς δακτυλίους, άρθρωση με σύμφωνα της τρίτης ζώνης άρθρωσης

Υπερώιο ιστίο

S: Ελαφρύ δακτυλική μάλαξη, άγγιγμα με βαμβακοφόρο στυλεό

M: Ασκήσεις πίεσης

A: Ασκήσεις ρόφησης και φυσήματος, χασμουρητό με ελαφρά ανοικτό στόμα

26.8.Λειτουργίες της φαρυγγολαρυγγικής οδού

Παραδείγματα ασκήσεων για την βελτίωση των λειτουργιών της φαρυγγολαρυγγικής οδού

S= Διέγερση, M= Τεχνικές κινητοποίησης, A= Αυτόνομες ασκήσεις κίνησης

Λαρυγγική προσαγωγή

S: Δακτυλική μάλαξη με ελαφριά πίεση αμφίπλευρα στο ύψος του θυρεοειδούς χόνδρου. Έκταση μέσω στροφής της κεφαλής προς την πλευρά της διαταραχής της φωνητικής χορδής.

A: Ασκήσεις φώνησης, ασκήσεις τάσης σύμφωνα με τον Logemann, γλωττιδική-υπεργλωττιδική κατάποση

Λαρυγγική ανύψωση

S: Δακτυλική διέγερση με ελαφριά πίεση κάτω από τον πώγωνα στο υοειδές οστό (διέγερση του διγάστορα μυός, του γναθουοειδούς μυός)

A: Ασκήσεις ανύψωσης της ράχης της γλώσσας: άρθρωση φθόγγων της τρίτης ζώνης άρθρωσης, ηχηροί φθόγγοι, τραγούδισμα υψηλότερων και βαθύτερων τόνων στο /ι/, /ου/, άσκηση Mendelsohn, ανώτερη υπεργλωττιδική-υπεργλωττιδική κατάποση

26.9.Αντισταθμιστική μέθοδος θεραπείας (θεραπευτικά βοηθήματα)

Τα αντισταθμιστικά μέτρα διευκολύνουν την κατάποση μέσω αναπληρωματικών στρατηγικών, χωρίς να επηρεάζουν αρχικά αιτιολογικά την διαταραχή της κατάποσης. Εφαρμοσμένα για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορούν να μεταβάλλουν μέσω μυικής ενίσχυσης το πρότυπο κατάποσης

και να ασκήσουν με αυτόν τον τρόπο αιτιολογική δράση. Στην αντισταθμιστική μέθοδο θεραπείας ανήκουν οι αλλαγές στάσης του σώματος και οι αντισταθμιστικές ασκήσεις. Αυτές χρησιμοποιούνται συχνά σε συνδυασμό και θα πρέπει να επανεξετάζονται και να επιλέγονται ατομικά ανάλογα με την επίδρασή τους.

(Ε. Αναγνώστου και συνεργάτες, 2007)

Αλλαγές της στάσης του σώματος

Με τις αλλαγές της στάσης του σώματος, ειδικά με τις αλλαγές της στάσης της κεφαλής, διευκολύνεται η μεταφορά του βλωμού, με την βοήθεια της βαρύτητας και με την αλλαγή της διάστασης του φάρυγγα και έτσι μειώνεται ή και αποφεύγεται η εισρόφηση. Μετά από την χειρουργική θεραπεία κακοηθειών της κεφαλής-τραχήλου μπορεί να μειωθεί κατά 80% η εισρόφηση με μόνη την αλλαγή της στάσης του σώματος. Βιντεοενδοσκοπικές και βιντεοκινηματογραφικές εξετάσεις αποφασίζουν ποια αλλαγή της στάσης ενδείκνυται. Επειδή με την αλλαγή της στάσης ο βλωμός καταπίνεται κυρίως από την ‘υγιή’ και λειτουργικά καλύτερη πλευρά, θα πρέπει επίσης να εκγυμναστεί και η ‘πιο αδύνατη πλευρά’ με την αιτιολογική θεραπευτική μέθοδο, για να βελτιωθούν με αυτόν τον τρόπο οι διαταραγμένες λειτουργίες.

Κλίση της κεφαλής προς τα εμπρός (chin down position)

Αρχή: Στένωση της εισόδου των αεροφόρων οδών μέσω μετατόπισης της ρίζας της γλώσσας και της επιγλωττίδας προς το οπίσθιο τοίχωμα του φάρυγγα, παρεμπόδιση της προς τα πίσω ολίσθησης του βλωμού πριν την έλκυση του αντανακλαστικού κατάποσης, αμφίβολη βελτίωση της κλίσης της επιγλωττίδας.

Ένδειξη: Ανεπαρκής στοματικός έλεγχος του βλωμού (π.χ. διαταραγμένη κινητικότητα της γλώσσας), μειωμένη έλξη της ρίζας της

γλώσσας, επιβράδυνση της έκλυσης του αντανακλαστικού κατάποσης, διαταραγμένη λαρυγγική προσαγωγή.

Η διεύρυνση των γλωσσοεπιγλωττιδικών βοθρίων και η κλίση της επιγλωττίδας με πρόσθια κλίση της κεφαλής είναι αβέβαιη, ενώ η γωνία επιγλωττίδας/ρίζας της γλώσσας φαίνεται ότι παραμένει σταθερή.

Κλίση της κεφαλής προς τα πίσω (Head extension)

Αρχή: Υποστήριξη και επιτάχυνση της μεταφοράς του βλωμού. Με αυτή την στάση της κεφαλής φαίνεται ότι ελαττώνεται η χαλάρωση του φαρυγγοοισοφαγικού σφιγκτήρα.

Ένδειξη: Διαταραχή της γλωσσικής μεταφοράς του βλωμού μετά την τοποθέτηση του βλωμού σε κοίλωμα άνω επιφανείας της γλώσσας. Το leaking ενισχύεται με αυτή την στάση της κεφαλής. Σε διαταραχές της γλωσσικής λειτουργίας είναι φρόνιμος ο συνδυασμός με την κλίση της κεφαλής προς τα εμπρός: Αρχικά λήψη της τροφής και άθροιση του βλωμού με κλίση προς τα εμπρός, στην αρχή της κατάποσης κλίση προς τα πίσω.

Στροφή της κεφαλής προς την πάσχουσα πλευρά

Αρχή: Η στροφή της κεφαλής προς την αδύναμη πλευρά του φάρυγγα ή προς την παραλυτική πλευρά αποφράσσει τον απιοειδή κόλπο της πάσχουσας πλευράς και ο βλωμός μεταφέρεται κυρίως στην υγιή πλευρά. Επιπλέον καθίσταται δυνατή η βελτίωση του κλεισίματος της γλωττίδας. Σκόπιμος είναι ο συνδυασμός με την κλίση προς τα εμπρός.

Ένδειξη: Μονόπλευρη φαρυγγική δυσλειτουργία, παράλυση των φωνητικών χορδών.

Κλίση της κεφαλής προς την υγιή πλευρά

Αρχή: Με την κλίση της κεφαλής προς την υγιή πλευρά, με ακέραιη την λειτουργία της γλώσσας και του φάρυγγα, μεταφέρεται ο βλωμός στην ‘υγιή’ πλευρά μέσω της βαρύτητας.

Ένδειξη: Μονόπλευρες διαταραχές της γλωσσικής και/ή της φαρυγγικής λειτουργίας.

Πλευρική θέση

Αρχή: Σε εξαιρέσεις μπορεί να μειωθεί μετακαταποτική εισρόφηση στην πλάγια θέση (με στηριζόμενη την κεφαλή), μέσω ελάττωσης της επίδρασης της βαρύτητας στο βλωμό που έχει κατακρατηθεί στον φάρυγγα. Αυτή η αλλαγή στάσης βοηθά μόνο όταν δεν αυξάνεται η κατακράτηση με την περαιτέρω λήψη τροφής.

Ένδειξη: Περιορισμένη φαρυγγική περισταλτικότητα, περιορισμένη ανύψωση του λάρυγγα.

(ΧΡ.Αθανασιάδη, 2012)

27.Ασκήσεις κατάποσης

Οι ασκήσεις κατάποσης εξυπηρετούν στην προστασία των αεροφόρων οδών (υπεργλωττιδική κατάποση, ανώτερη-υπεργλωττιδική κατάποση) ή στην υποστήριξη της μεταφοράς του βλωμού (ενισχυμένη κατάποση, επανακατάποση, άσκηση Mendelsohn).

Εφαρμόζονται μεμονωμένα, σε συνδυασμό ή μαζί με άλλες τεχνικές (π.χ. αλλαγές στάσης του σώματος). Οι βιντεοενδοσκοπικές και οι βιντεοκινηματογραφικές αξιολογήσεις δίνουν πληροφορίες για το ποιες ασκήσεις κατάποσης είναι αποτελεσματικές σε κάθε περίπτωση. Οι ασκήσεις εφαρμόζονται αρχικά με κενή κατάποση (έμμεση θεραπεία) και

μετά με προσπάθειες κατάποσης με τρόφιμα (άμεση θεραπεία). Δεν εξυπηρετούν μόνο στην αντιστάθμιση αλλά πλέον και στην ενδυνάμωση των μυών και είναι δραστικές επίσης ως αιτιολογική μέθοδος θεραπείας. Με εντατική εξάσκηση θα πρέπει οι αρχικά κουραστικές για τον ασθενή ασκήσεις να εκτελούνται μετά αυτόματα. Θα πρέπει να αποφασισθεί για τον καθένα ασθενή χωριστά, αν οι ασκήσεις κατάποσης θα πρέπει να εφαρμοσθούν παροδικά ή για πάντα.

Υπεργλωττιδική κατάποση (easy breathhold)

Αρχή: Μετά από συνειδητή κατακράτηση της αναπνοής αποφράσσεται εθελούσια ο λάρυγγας στο επίπεδο της γλωττίδας πριν και μετά την κατάποση και καθαρίζεται η γλωττίδα από υπολείμματα τροφής, μέσω βήχα και επανάληψης της κατάποσης, πριν την νέα εισπνοή.

Ένδειξη: Ατελής σύγκλειση του λάρυγγα (καταποτική εισρόφηση)

Πρακτική εκτέλεση:

- Εισπνοή και κράτημα της αναπνοής. Αν υπάρχει ανάγκη φωνητική άσκηση πίεσης για τον ακουστικό έλεγχο της σύγκλεισης της γλωττίδας.
- Κατάποση και μετά κράτημα της αναπνοής, σε καμία περίπτωση εισπνοή (ενδεχόμενα λίγη εκπνοή)
- Ξηρός βήχας ή βήχας (ανάλογα με την ανάγκη) χωρίς όμως να έχει προηγηθεί εισπνοή.
- Επανακατάποση

Ανώτερη – υπεργλωττιδική κατάποση (effortful breathhold)

Αρχή: Με την επιβαλλόμενη υπεργλωττιδική κατάποση, δηλ. με το κράτημα της αναπνοής και την επιπρόσθετη άσκηση πίεσης, επιδιώκεται υπεργλωττιδική απόφραξη του λάρυγγα (κλίση του αραιτυνοειδούς χόνδρου προς την βάση της επιγλωττίδας). Στους υγιείς κατέστη δυνατό με

αυτόν τον μηχανισμό απόφραξης του λάρυγγα να παρατηρηθούν μεγαλύτερες ποσότητες υγρών κατά την κατάποση. Φυσιολογικά η απόφραξη του λάρυγγα δεν επιτυγχάνεται μόνο νευρικά αλλά και μηχανικά λόγω ανύψωσης του λάρυγγα. Οι ταυτόχρονες βιντεοενδοσκοπικές και βιντεοκινηματογραφικές εξετάσεις σε υγιή άτομα έδειξαν ότι η ανώτερη υπεργλωττιδική κατάποση είναι αποτελεσματικότερη από την υπεργλωττιδική. Δεν επιδιώκει μόνο την ενισχυμένη απόφραξη του λάρυγγα, αλλά επηρεάζει επίσης ευμενώς χρονικές και μηχανικές διαδικασίες κατά την στοματοφαρυγγική κατάποση (π.χ. βελτιωμένη ανύψωση του λάρυγγα και διάνοιξη του φαρυγγοοισοφαγικού σφιγκτήρα).

Ένδειξη: Ανεπαρκής σύγκλειση του λάρυγγα, π.χ. μετά από υπεργλωττιδική λαρυγγεκτομή κατά Allison, για την υποστήριξη της συρρίκνωσης της γλώσσας.

Πρακτική εκτέλεση:

- Εισπνοή
- Κράτημα της αναπνοής, ενδεχόμενα πίεση με φωνή
- Πίεση και κατάποση
- Ξηρός ή παραγωγικός βήχας
- Διπλή/πολλαπλή κατάποση

Διπλή/πολλαπλή κατάποση

Αρχή: Ο επαναλαμβανόμενος ξηρός βήχας και η διπλή/πολλαπλή κατάποση παρεμποδίζουν την εισρόφηση κατακρατημένου σίελου και τμημάτων του βλωμού μετά την κατάποση

Δυνατή κατάποση (effortful swallow)

Αρχή: Υποστήριξη της οπίσθιας κίνησης της γλώσσας (η δράση της γλώσσας ως σφραγίδα) και μαζί εκκαθάριση των επιγλωττιδικών βοθρίων από υπολλείματα τροφής.

Πρακτική εφαρμογή: Δυνατή κατάποση, ταυτόχρονα “πίεση” του βλωμού.

Ένδειξη: Υπολείμματα τροφής στον φάρυγγα.

Άσκηση Mendelsohn

Αρχή: Μέσω συνειδητής ανύψωσης της ρίζας της γλώσσας προς τον φάρυγγα επιτυγχάνεται μεγαλύτερη ώθηση της γλώσσας. Η μεγαλύτερη και συνειδητή ανύψωση του υοειδούς οστού και του λάρυγγα προκαλεί βελτίωση της κρικοφαρυγγικής διάνοιξης. Με αυτή την άσκηση μπορεί να επιτευχθεί μείωση των φαρυγγικών κατακρατήσεων και της εισρόφησης μετά την κατάποση.

Ένδειξη: Διαταραχές της ώθησης που ασκείται από την γλώσσα και της ανύψωσης του λάρυγγα, περιορισμένη ή χρονικά μικρότερη διάνοιξη του φαρυγγοοισοφαγικού σφιγκτήρα, αποσυντονισμός της κατάποσης.

Πρακτική εφαρμογή:

- Ο ασθενής τοποθετεί, μέσω ενός καθρέφτη, το δάκτυλο του στον θυροειδή χόνδρο, καταπίνει πολλαπλώς και ψηλαφά έτσι την ανύψωση του λάρυγγα.
- Κατά την κατάποση συνειδητό κράτημα και πίεση της ρίζας της γλώσσας στην υπερώα και ψηλάφηση της μεγαλύτερης ανύψωσης του λάρυγγα (μην αφήσετε να κατέλθει το μήλο του Αδάμ)

Η εκμάθηση αυτής της άσκησης μπορεί να διευκολυνθεί με την εκτέλεση ενός μακριού /κ/ - φθόγγου ή με την χειρονακτική ανύψωση του

λάρυγγα. Η άσκηση Mendelsohn, η οποία εφαρμόζεται συχνά, επιτυγχάνει μαζί με το περιγραφόμενο αντισταθμιστικό αποτέλεσμα και την βελτίωση της λαρυγγικής ανύψωσης.

Τοποθέτηση της τροφής

Επί διαταραγμένης κινητικότητας ή αισθητικότητας της γλώσσας και επί δυσκολίας διάνοιξης του στόματος ή ατελούς κλεισίματος των χειλιών, η τοποθέτηση της τροφής διευκολύνει την στοματοφαρυγγική κατάποση.

Μονόπλευρη διαταραχή της αισθητικότητας ή παράλυση της γλώσσας

Η τροφή τοποθετείται στην πλευρά της γλώσσας, όπου η αισθητικότητα και η κινητικότητα είναι διατηρημένες. Επί διαταραγμένης κινητικότητας της γλώσσας (περιορισμένη ανύψωση και συρρίκνωση της γλώσσας), π.χ. σε μετεγχειρητικές βλάβες ή νευρογενείς διαταραχές, η χυλώδης τροφή τοποθετείται το μέγιστο δυνατό στο πίσω μέρος της γλώσσας, για την διευκόλυνση της μεταφοράς του βλωμού. Μέσω μιας πλαστικής σύριγγας (10ml), που στο ένα άκρο της εφαρμόζεται ένα αναρροφητικό λάστιχο, μπορεί να τοποθετηθεί η τροφή βαθμιαία στην πίσω γλώσσα.

Περιορισμένη διάνοιξη του στόματος

Αν προκαλεί δυσκολίες η χρήση κουταλιού μπορεί μια σύριγγα επίσης, επί περιορισμένης διάνοιξης του στόματος η παθολογικού αντανακλαστικού μάσησης, να διευκολύνει την λήψη τροφής. Η υδαρής ή η λεπτόρρευστη τροφή μπορεί να ληφθεί με καλαμάκι, εφόσον ο ασθενής είναι σε θέση να ρουφά.

(Ε. Αναγνώστου και συνεργάτες, 2007), (ΧΡ.Αθανασιάδη, 2012)

Ελληνική βιβλιογραφία

1. Ε.Αναγνώστου, Ε.Μοσχοβάκης, Στοματοφαρυγγικές δυσφαγίες, Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα (2007).
2. Γ.Μεντενόπουλος,Κ. Μπούρας,Η νόσος του Parkinson,University studio press,Θεσσαλονίκη 2008.
3. Κέντρο φωνής και κατάποσης, Διάγνωση και παρέμβαση δυσφαγίας ενηλίκων και υπερηλίκων(Πρακτικό σεμινάριο δυσφαγίας), Αθήνα 2012.
4. Μεσσήνης Λ, Αντωνιάδης Γ, Νευροκινητικές διαταραχές της ομιλίας, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001.
5. Μιχάλης Στ. Γεωργιάδης, Νόσος Πάρκινσον και Παρκινσονισμός, university studio press, Θεσσαλονίκη 2006.
6. Kathryn M. Yorkston & David R. Beukelman & Edythe A. Strand & Kathleen R. Bell, Θεραπευτική παρέμβαση νευρογενών κινητικών διαταραχών ομιλίας σε παιδιά & ενήλικες, Επιμέλεια Μαρία Καμπανάρου , εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2006.
7. Joseph R.Duffy, Νευρογενείς κινητικές διαταραχές ομιλίας υποστρώματα, διαφορική διάγνωση & αντιμετώπιση, Επιμέλεια Γρηγόριος Νάσιος & Μαρία Ιγνατίου, εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης Αθήνα 2012.
8. Γεώργιος Εξαρχάκος, Φυσιολογία φωνής, εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2001.
9. Χ.Αθανασιάδη, Σημειώσεις από πρακτική άσκηση Εθνικού Κέντρου Αποκατάστασης,Αθήνα,2012.
10. Α.Λαμπρινού, Σημειώσεις από πρακτική άσκηση, Αθήνα,2012.

Αγγλική βιβλιογραφία

- 11.S.J.Robertson&F.Thomson. Working with dysarthics. Winslow.
- 12.Raymond H. Colton & Janina K. Casper, Understanding voice problems : A physiological perspective for diagnosis and treatment, Williams and Wilkins.
- 13.Margaret Fawcus, Voice disorders and their treatment, Chapman and Hall publishing,1991.
- 14.Stephanie Martin, Working with dysphonics, Winslow Press,1986.
- 15.Moya,L. Andrews, Manual of voice treatment :Pediatrics throygh geriatris, Singular pyblishing, 1999.
- 16.Greene and Mathieson, The voice and its disorders, Whurr Pyplishishers, London and New Jersey, 1980.

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

17. www.parkinson.org.
18. [www.parkinson – disease.gr](http://www.parkinson-disease.gr)
19. www.pathfinder.gr
20. Medlook.net
21. [www.health in.gr](http://www.health.in.gr)
22. www.neurodiagnosis.gr