

21 Parkinson

BIULETYN STOŁECZNEGO STOWARZYSZENIA OSÓB Z CHOROBA PARKINSONA

Roche

sponsorowany przez firmę — Roche-Polska

Roche

Lilly

sponsorowany przez firmę — Eli Lilly-Polska

Lilly

„Być bohaterem przez minutę, godzinę, jest o wiele łatwiej niż znosić trud codzienny w cichym heroizmie”.

Fiodor Dostojewski

W numerze:

1. Wstęp
2. Ból w chorobie Parkinsona
3. Parkinson a oczy
4. Białko i odżywianie parkinsonisty
5. Zrozumieć Parkinsona – poznać etiologię choroby
6. Uważaj na pogodę
7. Świadczenie usług pielęgniarских i opiekuńczych
8. Komunikat Zarządu Kujawsko-Pomorskiego SOzChP
9. Komunikaty

Drodzy Czytelnicy!

Modnym ostatnio tematem jest kontakt pacjenta z lekarzem. Przepraszam, niezgrabnie wyszło to określenie „modnym”. Temat jest trudny i dotkliwy zarówno dla pacjenta jak i lekarza. Dotyczy to szczególnie „naszej” choroby (i innych przewlekłych). Bo grypa wymaga jednorazowej (najczęściej) wizyty u lekarza rodzinnego i... po kłopotcie.

Natomiast my mamy zapewnione chodzenie do specjalisty co parę miesięcy (lub tygodni) co na przestrzeni wielu lat chorowania daje efekt zależności – znajomości – zaufania lub nie – nadziei – wymagań – zwątpień.

Idziemy do lekarza specjalisty z nadzieją, że nas uzdrowi. Oczywiście, logicznie zdajemy sobie sprawę, że choroba Parkinsona jest nieuleczalna, ale gdzieś w głębi tli się nadzieja, że lekarz akurat „dopasuje” nam któryś z leków i poczujemy się jak dawniej.

Nie chcemy myśleć o tym, że lata lecą i nawet bez ch. P. dopadłyby nas efekty starzenia się organizmu. Więc czekając, aż naukowcy wymyślą skuteczny lek, wyhodują nowe komórki musimy

w a l c z y ć

z efektami choroby, a nie biernie się jej poddawać.

Walka z chorobą nie jest lekka, łatwa i przyjemna, ale nie oczekujemy, że ktoś coś za nas zrobi. Potrzeba dużego wysiłku, determinacji i samozaparć, ale warto.

M.S.

Wiadomości zawarte w tym Biuletynie są przeznaczone wyłącznie do poinformowania Czytelnika. Nie powinny być użyte jako wskazania lecznicze, lecz raczej jako materiał do dyskusji między pacjentem i jego lekarzem.

BÓL W CHOROBIE PARKINSONA

Autor: K. Ray Chaudhuri, konsultant neurolog, specjalista od choroby Parkinsona; King's College, szpital Le-wisham.

Ból jest nieprzyjemnym i często niepokojącym odczuciem, które może mieć wiele przyczyn.

Ból może występować u 40 -50% osób z chorobą Parkinsona. Jednakże objawy choroby, wywierające wpływ na ruch, takie jak sztywność, drżenie, upadki i dyskinezyje są w większości przypadków bardziej widoczne i dolegliwe dla chorego, który może przez to nie zawsze zdawać sobie sprawę z wpływu bólu na jego stan i samopoczucie.

Czasami jednak ból może być głównym symptomem w chorobie Parkinsona. I z tego względu zarówno chorzy na Parkinsona, jak też ich opiekunowie winni mieć świadomość problemów, jakie ból może sprawiać w tej chorobie.

Rodzaje bólu

Jakie są przyczyny i rodzaje bólu w chorobie Parkinsona?

Ostatnio naukowcy badacze dokonali próby sklasyfikowania różnych rodzajów bólu, jaki występuje w chorobie Parkinsona:

* **BÓL MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY** jest powszechnym rodzajem bólu w chorobie Parkinsona. Ból ten powstaje w mięśniach i w układzie kostnym i jest zwykle odczuwany jako pobołowanie w obrębie stawów, ramion i kończyn. Ból ten ma charakter miejscowy i nie przemieszcza się ani nie „strzela” wzdłuż nogi albo ramion. Przyczyną tego typu bólu jest sztywność mięśni w chorobie Parkinsona, która prowadzi do skurczów i bolesnych spazmów.

* **BÓL KORZONKOWY** jest ostrym bólem „postrzałowym”, mającym formę „porażenia”, który przemieszcza się wzdłuż nogi lub ramion i może obejmować również palce rąk i nóg. Powszechne jest też uczucie mrowienia i drętwienia palców nóg oraz/lub rąk. Ten rodzaj bólu jest zwykle spowodowany uciskiem nerwu w rdzeniu kręgowym w rejonie karku lub barku. Ucisk nerwu może pochodzić od wystającego dysku, który normalnie działa jako „poduszka” amortyzująca obciążenia kościstych kręgow, albo jego przyczyną jest zapalenie kręgosłupa (wyrostka ościstego – dop.tłum.).

* **BÓL DYSKINETYCZNY** jest wtórnym problemem dyskinezy (odchodzące od normy mimowolne ruchy), występującej u niektórych pacjentów z chorobą Parkinsona. Bóle dyskinezyjne mogą pojawiać w porze dziennej, przed, podczas lub po dolegliwościach dyskinezyjnych.

Zdarza się, że osoby z chorobą Parkinsona odczuwają ból na krótko przed rozpoczęciem się dyskinezyj. W ten sposób ból taki może stać się „sygnałem ostrzegawczym” o mającej nastąpić dyskinezyj. Ten rodzaj

bólu nie ogranicza się do konkretnej części ciała i może mieć charakter głębokiego odczucia („tępego”) pobołowania.

Niektórzy z chorych mogą odczuwać ból podczas silnych dyskinezyj; może to pochodzić od ostrych ruchów skręcających. Ponadto, dyskinezyja może mieć działanie wzmagające bóle korzonkowe w przypadkach, gdy równocześnie następuje uciskanie jakiegoś nerwu.

Ból dyskinezyjny może też wynikać z fluktuacji reagowania pacjenta na standardowe leki przeciwparkinsonowskie, takie jak lewodopa. Te wahania reakcji mogą obejmować wczesno-ranną lub nocną dystonię, a jej skutkiem mogą być bóle w określonej kończynie. Dystonia pojawia się w chwilach, gdy nocą lekarstwo traci swe oddziaływanie na organizm.

Dystonia jest odchodzącym od normy skurczem lub zmianą położenia określonej części ciała, takich jak palce nóg i rąk, kostki nóg lub nadgarstki rąk, których objawem może być przykładowo „wyginanie się” stóp do wewnątrz. Ten rodzaj dystonii może być odczuwany jako bolesny skurcz, powodujący obudzenie chorego wcześniej rano, albo pojawia się samorzutnie dopiero w trakcie rozbudzania.

* **AKATYZJA** lub uczucie **NIEPOKOJU RUCHOWEGO** może być także przyczyną bólu. Dość często występuje on nocą i chory na Parkinsona może mieć trudności ze spaniem ze względu na niepokój ruchowy w łóżku i nieodpartą chęć poruszania kończynami. Akatyzja może być skutkiem oddziaływania leków przeciwparkinsonowskich na organizm pacjenta.

Tego rodzaju ból trudno jest opisać i jest on odczuwany raczej jako pewna dolegliwość ruchowa niż prawdziwy ból. To przykre uczucie obejmuje zwykle kończyny dolne i chorzy mogą doznać pewnej ulgi, wstając i chodząc przez pewien czas po pokoju.

Czy w chorobie Parkinsona występują jeszcze innego rodzaju bóle?

Czasem u pacjentów chorych na Parkinsona mogą rzeczywiście wystąpić bóle, różniące się od wyżej opisanych. Syndromy takiego „nietypowego” bólu są opisane w dalszej części artykułu.

* **BÓL BARKU I KOŃCZYN**. Ból i sztywność, występujące tylko po jednej stronie ciała pacjenta, zazwyczaj w ramieniu lub w nodze, mogą być pierwszą oznaką rozwoju choroby Parkinsona. W takich sytuacjach postawienie diagnozy o chorobie Parkinsona może ulec opóźnieniu, a pacjenci mogą być błędnie kierowani do lekarzy innych specjalizacji, takich jak reumatolodzy (lekarze specjalizujący się w chorobach stawów).

Taki ból jest ciągły, dokuczliwy i związany ze zmniejszoną zdolnością wykonywania małych i dokładnych ruchów palcami ręki lub pociąganiem stopą. Można rozważyć postawienie diagnozy choroby Parkinsona,

jeżeli ból przechodzi do ramienia i nogi, a zaatakowana kończyna staje się progresywnie sztywniejsza.

* **PIEKĄCE USTA.** Jest to dość niezwykły i rzadki problem, kiedy to niektórzy pacjenci z chorobą Parkinsona odczuwają pieczenie lub ból w jamie ustnej. Taki problem może pojawić się na dowolnym etapie rozwoju choroby Parkinsona, a jego przyczyna jest niejasna.

W jednym z badań zasugerowano, że „pieczenie ust” może być wywołane lekami przeciw cholinergicznymi (takimi jak benzhexol) oraz niedopasowanymi protezami uzębienia.

* **BÓL „WIESZAKA NA PŁASZCZE”.** Jest to rzadki rodzaj bólu, okazjonalnie występujący u osób z chorobą Parkinsona, którzy cierpią również na podciśnienie ortostatyczne (spadek ciśnienia krwi w pozycji stojącej, wywołany dysfunkcją autonomicznego układu nerwowego).

Jednak ten rodzaj bólu jest bardziej powszechny u pacjentów, którzy cierpią raczej na formę parkinsonizmu nazywaną MSA (Multiple system atrophy) niż na typową chorobę Parkinsona.

Ból się zwykle zaczyna z tyłu karku i może promieniować w kierunku na tył głowy oraz mięśni barków. Pełny kształt obszaru ciała, w którym ten ból występuje przypomina wieszak na płaszcze. Przyczyna tego rodzaju bólu nie jest jasna i sugerowano już, że ból ten może występować na skutek zmniejszenia ilości krwi dopływającej (wskutek podciśnienia ortostatycznego) do mięśni w obszarze karku i barków.

* **KRYZYS AKINETYCZNY I BÓL.** Okazjonalnie, pacjenci z chorobą Parkinsona mogą odczuć gwałtowne pogorszenie się ich stanu i nasilenie objawów choroby, które mogło nastąpić w wyniku raptownego odstawienia leczenia przeciw parkinsonizmowi lub infekcji. Objawami takiego stanu są: silna sztywność, gorączka, bóle mięśni, stawów i głowy, a czasami ból całego ciała. Przyczyną tego może być silna sztywność mięśni, powodująca uwolnienie środków chemicznych wytwarzających ból.

* **BÓL GŁOWY.** Ból taki może wystąpić na każdym etapie rozwoju choroby Parkinsona i czasem jest spowodowany lekami stosowanymi w przeciwdziałaniu chorobie podstawowej (Parkinsona). Przykładem takich leków są agoniści dopaminy, amantadyna i entacaponina.

Sukces w leczeniu bólu w chorobie Parkinsona zależy od prawidłowej identyfikacji przyczyny bólu.

LECZENIE BÓLU.

* **BÓL MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY.** Ten rodzaj bólu może reagować na kombinację prostych leków przeciwbólowych, takich jak paracetamol, w połączeniu z regularnymi ćwiczeniami (fizycznymi) i prowadzoną od czasu do czasu fizjoterapią.

* **BÓL KORZONKOWY** wiąże się zazwyczaj z uciskiem nerwu. Powinno się przedyskutować ten problem ze swoim lekarzem ogólnym, a w niektórych przypadkach, być może konieczne będzie zdjęcie rentgenowskie podejrzanego obszaru. W większości przypadków

wystarczające będzie zastosowanie prostych środków przeciwbólowych w połączeniu z regularnymi, delikatnymi ćwiczeniami (fizycznymi).

Czasami silny i nie ustępujący ból może wymagać wizyty u neurologa w celu wykluczenia ucisku korzonków nerwowych w rdzeniu kręgowym. To z kolei pociąga za sobą wykonanie badań specjalistycznych, takich jak MRI (skanowanie rezonansem magnetycznym). Badania wykazujące znaczny stopień (nasilenie) objawów na skutek ucisku nerwów mogą powodować konieczność noszenia kołnierza ortopedycznego, zwłaszcza jeśli problem zaczyna się od karku.

* **BÓL W ZWIĄZKU Z DYSKINEZJĄ** w większości przypadków odnosi się do fazy „off” (okresy względnego „wyłączenia”), gdy lek przeciwparkinsonowski przestaje działać. W znoszeniu bólu tego rodzaju pomaga możliwie maksymalne przedłużanie fazy „on” (kiedy lek przeciwparkinsonowski działa).

Można to osiągnąć przez częste dawkowanie lewodopy w kombinacji lewodopy z inhibitorem COMT, takim jak entacapone lub zastosowanie agonisty dopaminy o przedłużonym działaniu, takiego jak cabergolina.

Czasem nocny ból związany z fazą „off” (wyłączenia) można wyeliminować zażywając od razu w nocy tabletkę o przedłużonym działaniu, taką jak cabergolina.

Bywa też, że gdy ból w fazie „off” jest powodowany (wczesno) ranną dystonią, pomocna okaże się samoiniekcja leku o nazwie apomorfina. W przypadkach bardzo silnej fazy „off”, na ból pochodzący od dystonii nie reagujący na apomorfine pomocne może okazać się wstrzyknięcie w bolące miejsce leku o nazwie botulinum toxine (toksyna jadu kielbasianego).

Okazjonalnie, ból związany z dyskinezją może wystąpić w szczycie działania leku przeciwparkinsonowskiego, i w takich przypadkach należy zredukować dawki podawanego lekarstwa. Ból tego rodzaju jest zjawiskiem dość skomplikowanym i wymaga zasięgnięcia opinii specjalisty i wizyty u neurologa z ukierunkowaniem na chorobę Parkinsona.

* **BÓL WYWOŁANY AKATYZJĄ** („niepokojem mięśniowym”), pojawiający się nocą, często reaguje na kombinację podawania nocą leku przeciwparkinsonowskiego, takiego jak lewodopy o spowolnionym (kontrolowanym) działaniu lub agonisty dopaminy o przedłużonym działaniu, razem ze środkiem nasennym, takim jak amitriptylina albo zopiclon.

* **BÓL BARKU LUB KOŃCZYN** można zmniejszyć, skutecznie stosując efektywne leczenie choroby podstawowej (Parkinsona), używając standardowych leków. W niektórych przypadkach przydatna będzie fizjoterapia.

Jeśli ból nie zanika pomimo tych zabiegów, to trzeba podać leki przeciwbólowe, a w niektórych przypadkach należy skonsultować miejscowy (szpitalny) zespół leczenia bólu lub specjalistę reumatologa. W przypadkach „zamrożonego” barku, być może będzie konieczny zastrzyk steroidów w stawie.

* Przyczyna **BÓLU „PIEKĄCYCH UST”** jest niejasna, ale gdy ten ból wystąpi, ważnym krokiem jest wizyta u dentysty. Ważne jest również regularne

plukanie jamy ustnej środkiem antyseptycznym, i utrzymywanie wilgotności częstym piciem płynów. Przy gorącej pogodzie ulgę sprawi również ssanie kawałka lodu.

Źle pasujące protezy zębowe należy usunąć, a jeżeli leczenie choroby Parkinsona jest prowadzone takim lekiem jak benzhexol, to trzeba je raczej przerwać po konsultacji z lekarzem ogólnym i konsultantem w chorobie Parkinsona, ponieważ ten lek może powodować zjawisko „suchych ust”.

* **BÓL TYPU „WIESZAKA NA PŁASZCZE”** pochodzi od podciśnienia ortostatycznego i odpowiednio z tym należy go leczyć. Pacjenci z tego rodzaju bólem powinni szukać porady u swego lekarza i skonsultować się ze specjalistycznym ośrodkiem leczenia zaburzeń ruchu odnośnie diagnozy i prowadzenia leczenia.

* **BÓL KRZYŚSU AKINETYCZNEGO** można leczyć lewodopą.

* **BÓLE GŁOWY** u pacjentów z chorobą Parkinsona rzadko bywają silne i do ich wyleczenia wystarczają normalnie środki przeciwbólowe dostępne bez recepty.

Pacjenci z chorobą Parkinsona powinni uważać, aby nie brać dużej ilości tabletek jednocześnie, szczególnie gdy przyjmują również leki przeciw wysokiemu ciśnieniu krwi lub nasercowe. Dawkowanie tabletek należy „rozłożyć” w czasie, ponieważ wzięte wszystkie razem, mogą rzeczywiście stać się przyczyną bólu głowy.

Silne i nie reagujące na leki bóle głowy są raczej rzadkim zjawiskiem u chorych na Parkinsona i dlatego, kiedy już wystąpią, należy zwrócić się do specjalisty neurologa.

Regularne, lekkie ćwiczenia mogą pomóc w niektórych rodzajach bólu.

Gdzie należy zwrócić się o pomoc?

Po pierwsze, należy skonsultować problem ze swym lekarzem ogólnym, neurologiem lub specjalistą geriatrą. Można również zasięgnąć porady specjalistki pielęgniarstwa z centrum parkinsonowskiego, o ile takie znajduje się w pobliżu. Zazwyczaj lekarz ogólny jest w stanie poradzić sobie ze zwykłym bólem, typu mięśniowo szkieletowego, bólem barków i głowy.

Parkinson a oczy

Jest to pierwszy artykuł z serii dotyczącej mniej znanych problemów, z którymi mogą spotkać się chorzy. Choroba Parkinsona wpływa oczywiście na ruchy, lecz niektóre osoby mogą przeżywać kłopoty z oczyma, zwłaszcza gdy stan ich się pogarsza.

Najczęściej spotykanymi problemami są rozmazany obraz, podwójne widzenie i suche oczy, ale czasami występuje po prostu ogólna trudność z czytaniem. Jedne problemy z oczami i wzrokiem mogą być związane z samym Parkinsonem, inne zaś mogą powstawać na skutek leczenia tej choroby. Należy także pamiętać, że wiele problemów ze wzrokiem może wcale nie być związanych z Parkinsonem, lecz ich przyczyną może być co innego, jak na przykład wiek, słaby wzrok lub inne występujące z nim stany. Jeżeli macie jakieś trudności ze swym wzrokiem, winniście je zbadać, a lekarzem pierwszego kontaktu dla takich problemów jest lekarz ogólny. Może on wam doradzić wizytę u optyka, który stwierdzi, czy waszych problemów nie mogłyby rozwiązać okulary.

Rozmazany obraz i trudności z ogniskowaniem

Rozmazany obraz w chorobie Parkinsona może być spowodowany trudnością poruszania oczyma, ale mogą też być ubocznym skutkiem leków antyparkinsonowskich, zwłaszcza antycholinergików.

Grupa ta obejmuje Benzhexol (Broflex a również o dawnej nazwie Artane), Benzotropine (Cogentin), Biperiden (Akineton), Orphenadrine (Diasipal, Biorphen) i Procyclidine (Kemadrin, Arpicolin).

Problem rozmazanego obrazu często pojawia się wtedy, kiedy po raz pierwszy przyjmuje się leki antycholinergiczne, i z biegiem czasu może on zniknąć. Może on też się pojawić wtedy, kiedy leki były zażywane przez długi czas albo kiedy zmieniona została ich dawka. Jeżeli ten problem będzie trwał nadal, lekarz może wam poradzić zmniejszenie dawki leków antycholinergicznych.

Jeśli już używacie okularów, drobna zmiana może poprawić wasz wzrok. W tej sprawie należy poradzić się optyka. Zmiana okularów może być pomocna w przypadku osób od dawna przyjmujących leki, które im odpowiadają i które będą zmuszeni przyjmować przez dłuższy czas.

Podwójne widzenie

Podwójne widzenie jest często spowodowane trudnościami poruszania oczyma, a zwłaszcza problemy z wodzeniem. „Wodzenie” oznacza ruch oczyma w linii ciągłej z jednej do drugiej strony, na przykład przenoszenie wzroku z lewej do prawej strony podczas czytania, albo z góry do dołu. Brak koordynacji i zmęczenie mięśni poruszających gałki oczne może powodować, iż gałki oczne nie po-

ruszają się razem w tym samym kierunku. To powoduje podwójne widzenie.

Podwójne widzenie leczy się zwykle lekami stosowanymi w chorobie Parkinsona. Pewną ulgę może też dać odpoczynek dla oczu.

Mogą też być inne przyczyny podwójnego widzenia, nie związane z Parkinsonem, i jeżeli problem trwa nadal, należy skonsultować się z okulistą celem przeprowadzenia dalszych badań.

Suche oczy

Ludzie spostrzegają, że rzadziej poruszają powieką i mrużą oczy. Poruszanie powiekami powoduje oczyszczanie oczu, usuwając z nich pył i brud. Jeżeli mruganie jest rzadsze, brudy te powodują, że oczy są suche i bołą.

Sztuczne łzy (dostępne w aptekach) mogą usunąć tę niedogodność i suchość. Pomocne może być także unikanie suchej, gorącej atmosfery i dymu. Rzadsze mruganie i gromadzenie się nieczystości czasami prowadzi do zapalenia spojówek. Leczenie zwykle antybiotykami od lekarza.

Trudności w poruszaniu oczyma

Na początku zauważa się trudności poruszania oczami lub niemożność szybkiego poruszania nimi. Bardziej widoczne jest to przy patrzeniu na poruszający się przedmiot, jak podczas wyścigów motocykli lub oglądania gry w tenisa.

Czasami niemożliwy jest łagodny ruch oczyma i poruszają się one zbyt wolno lub skokami. Niemożność szybkiego poruszania oczami ma wpływ na takie czynności jak prowadzenie samochodu i należy poradzić się lekarza. Trudności w poruszaniu oczami leczy się zwykle lekami parkinsonowskimi.

Znaczne trudności w poruszaniu oczyma w dół lub w górę oznaczają stan zwany Postępujący Paraliż Ponaduklearny (znany także jako Syndrom Steele-Richardsona-Olszewskiego) będący formą parkinsonizmu. Jeśli je przeżywacie, najlepszej porady udzieli wam wasz lekarz.

Mimowolne przymykanie oczu

Choroba ta nazywa się kurczem powiek (blepharospasma). Może występować u chorych na chorobę Parkinsona, lecz dzieje się to rzadko. Kurcz powiek następuje wtedy, kiedy mięsień zamykający powiekę kurczy się lub ulega drżeniom. Skutkiem tego może być częste drganie gałki ocznej, trudność utrzymania oczu otwartymi, a czasami powieka może się całkowicie przymykać, utrudniając widzenie.

Przyczyna i leczenie kurczu powiek mogą stanowić jakby błędne koło, ponieważ pigułki lewodopy stosowane w leczeniu Parkinsona czasami wywołują tę chorobę. Niekiedy w leczeniu stosuje się zastrzyki leku o nazwie botulinum.

Halucynacje

Z chorobą Parkinsona mogą być związane halucynacje wzrokowe.

Wrażliwość na kontrast

Niektórzy ludzie mają trudności widzenia przy niskim poziomie światła. Nie potrafią też wyraźnie odróżnić kształtów, na przykład przedmiotów o jasnych kolorach na jasnym tle. Mogą też mieć trudności z odczytywaniem drobniejszych druków.

Dolegliwość tę leczy się lewodopą.

Widzenie kolorów

Niektórzy chorzy na Parkinsona mogą nie odróżniać odcieni kolorów, zwłaszcza niebieskich i niebieskozielonych. Widzenie kolorów może ulec poprawie dzięki lekom antyparkinsonowskim.

Orientacja wzrokowo-przestrzenna

Pewni ludzie mają trudności w ocenie przestrzeni wokół siebie. Nie potrafią ocenić odległości przedmiotów i mogą mieć problem z omijaniem przedmiotów lub wyborem przejścia przez wąską przestrzeń. Trudności tego rodzaju mają zwłaszcza ci, którym Parkinson atakuje lewą stronę ciała.

Terapeuta zajęciowy może im doradzić, jak zorganizować wokół siebie przestrzeń i jak odbywać codzienne czynności.

Należy pamiętać, że problemy wzrokowo-przestrzenne mogą dotyczyć jazdy samochodem jak i chodzenia.

Jaskra i leczenie

Cierpiący na jaskrę mogą mieć problem z niektórymi lekami antyparkinsonowskimi, mianowicie, pigułkami antycholinergicznymi i lewodopą. Zażywanie leków antycholinergicznych, łącznie z Benzhexolem (Broflex i również wcześniej wymieniona Artane), Benzotropiną (Cogentin), Biperidenem (Akineton), Orphenadriną (Disipal, Biorphen), Procyklidiną (Kemadrin, Arpicolin) wymaga wielkiej ostrożności w przypadku chorych na jaskrę zamykającego się kąta. Tam, gdzie nie ma innej możliwości, ryzyko stosowania tych leków winni ocenić okulista i neurolog i poinformować o nim chorego.

W przypadku choroby Parkinsona pożyteczna jest współpraca specjalisty neurologa z okulistą, zwłaszcza przy przepisywaniu leków dla chorych równocześnie na jaskrę i Parkinsona. Jeśli cierpicie na jaskrę, zwracajcie na to uwagę każdego lekarza, który was bada.

*Ta informacja została zaczerpnięta z Biuletynu PDS (FS27):
Parkinson's and the Eyes.*

BIAŁKO I ODŻYWIANIE PARKINSONISTY

Słyszeli Państwo pewnie, że białka wpływają na działanie Sinemetu lub Madoparu.

Jest w tym stwierdzeniu wiele prawdy, lecz jest też coś więcej. Białko odgrywa tak dużą rolę w typowym systemie żywienia wielu ludzi, że warto wiedzieć, jak oddziałuje białko na organizm człowieka. Przede wszystkim jednak zwróćmy uwagę na charakterystyki lewodopy.

Lewodopa jest wchłaniana dopiero od jelita cienkiego, a nie od żołądka.

Tak więc, gdy wchłanianie kęsa pokarmu jest spowolnione przy przechodzeniu przez jelito cienkie, to wchłanianie lekarstwa może być również spowolnione. Lewodopa stanowi aminokwas oznaczany jako GAAN (Grand Acide Amine Neutre - wielki aminokwas obojętny). Lewodopa powinna przyczepiać się do cząsteczek nośnych w ścianie jelita cienkiego, skąd ma być transportowana do krwi i do mózgu. w wyniku tego dowolna inna substancja, korzystająca z tego systemu nośnego, może się znaleźć w sytuacji rywalizującej z lewodopą i stanowić przeszkodę dla niej w dotarciu do mózgu.

System transportu lekarstw

System transportu można porównać do miejsc siedzących w pociągu. Znaczna liczba siedzeń jest zajmowana przede wszystkim przez białka i liczba siedzeń dla lewodopy jest tym samym ograniczona. Na poziomie jelit nie stanowi to żadnego problemu, ponieważ „pociąg” ma dużą pojemność, lecz na poziomie mózgu pociąg jest znacznie mniejszy. Inne GAAN-y znajdujące się w pożywieniu wykorzystują ten sam system nośny co lewodopa.

Posiłki zawierające dużo białka, a więc dużo GAAN-ów, mogą stanowić przeszkodę w odniesieniu do pojemności lewodopy – w znalezieniu miejsca w pociągu, co powoduje, że dociera jej niewiele do mózgu.

Rola żołądka w skuteczności działania lewodopy

Żołądek dostarcza lek do jelita cienkiego, w którym jest on wchłaniany. Z tego powodu zawartość (treść) żołądka, szybkość trawienia i szybkość opróżniania żołądka, po którym następuje przejście do jelita cienkiego, wszystkie te czynniki mają wielkie znaczenie.

W ściankach żołądka znajdują się enzymy, grające dużą rolę w metabolizmie leku. Tak więc im dłużej lek pozostaje w żołądku, tym bardziej rozłoży się on chemicznie i tym mniejsza ilość będzie wchłonięta. Różne grupy pokarmu są trawione z różną szybkością.

Najwolniej trawione są tłuszcze, następnie białka, a wreszcie węglowodany. Dla zmniejszenia szybkości opróżniania żołądka mamy do dyspozycji inne czynniki, jak na przykład zwiększanie kwasowości w żołądku i pewne lekarstwa (antycholinergiczne). Należy również podkreślić, że takie scho-

żenia żołądka i jelit, jak na przykład zaparcia, mogą wpływać na opróżnianie żołądka. Naukowcy sądzą, że u pewnych osób przyjmujących lekarstwo razem z pokarmem następuje spowolnienie jego pochłaniania.

Zalecenia dotyczące przyjmowania leków

Lewodopę należy przyjmować 15 do 30 minut przed jedzeniem chcąc zapewnić dobre wchłanianie.

Jeżeli lekarstwo wywołuje mdłości, to należy je przyjmować wraz z małą ilością białka podczas jedzenia: solony biszkopt i sok lub w razie konieczności przyjmować je razem z jedzeniem.

Drugi wyjątek: jeżeli pacjent doznaje zbytnej dyskinezy po zażyciu lekarstwa, to można opóźnić dyskinezę przyjmując je podczas jedzenia, co spowalnia jednak pochłanianie lewodopy.

Kto powinien spróbować reżimu niskobiałkowego

Można dokonywać takiej próby zależnie od stopnia nasilenia choroby. Jeżeli u pacjenta występują fluktuacje motoryczne utrudniające aktywność, to dieta niskobiałkowa może pomóc w uregulowaniu tego zjawiska. Pacjent, który potrzebuje zmniejszenia ilości białka, może go spożywać w proporcji około 60 g przy wadze 75 kg.

Jak przyjmować te białka

Większość białka należy spożywać podczas wieczornego posiłku. Decyzja dotycząca stosowania tej metody zależy od stopnia nasilenia choroby i od trybu życia pacjenta. u osób, u których występują silne fluktuacje motoryczne, można je złagodzić przez przyjmowanie ograniczonej ilości białka podczas wieczornego posiłku.

Rola węglowodanów w odżywianiu parkinsonisty

Wykazano, że wraz ze zwiększaniem spożycia węglowodanów zwiększa się wydzielanie insuliny, co powoduje zmniejszanie GAAN-ów krążących we krwi. Tak więc zwiększanie węglowodanów wraz ze zmniejszaniem białek może powodować wzrost dostaw lewodopy do mózgu, co powoduje zmniejszenie rywalizacji z innymi GAAN-ami. Rola terapeutu węglowodanów w diecie przy chorobie Parkinsona powinna podlegać dalszym badaniom. Zmiany dietetyczne mogą zwiększyć skuteczność działania lewodopy, a tym samym poprawić jakość życia niektórych parkinsonistów. Jeżeli czujecie, że wasze odżywianie może wpływać na wasze objawy, przedyskutujcie zmiany dietetyczne z waszym lekarzem i wyszukajcie dietetyka, który zna się na chorobie Parkinsona i na lekach parkinsonowskich. Warto się nad tym zastanowić.

ZROZUMIEĆ PARKINSONA - POZNAĆ ETIOLOGIĘ CHOROBY

Jak się czujesz? Zmiennie, raz lepiej, raz trochę gorzej. Często udzielasz takiej odpowiedzi, zdając sobie jednocześnie sprawę z tego, że drobne, ale systematyczne postępy choroby w szybko upływającym czasie odmierzają kolejne dni twojego życia.

Masz cię nadziei, że doczekasz chwili, w której zamiast Nacomu, Sinemetu, Madoparu będziesz mógł zażyć taki lek, który trwale wyleczy cię z tej dokuczliwej choroby. Póki co, możesz dowiedzieć się od swojego lekarza, że na razie to niemożliwe, bo etiologii choroby do końca nie poznano, a przyczyną tego, że drżysz, że jesteś sztywny, że targają twoim ciałem konwulsyjne ruchy jest brak w pewnych strukturach twojego mózgu dopaminy.

Podzielał twoje odczucia, bo od 12 lat mam „wątpliwą przyjemność” doświadczać objawów tej choroby. Nie jestem jednak skłonny zadowolnić się samą diagnozą i mimo że nie jestem lekarzem, staram się zrozumieć symptomy tej choroby. Namawiał mnie do tego kiedyś mój lekarz doc. dr W. Pakszys, dziś namawiam ja ciebie. Może wspólnie na łamach tego kwartalnika podyskutujemy bardziej szczegółowo o tej chorobie, szukając przyczyn, które ją wywołują.

Dlaczego drży twoja ręka? Czy nie zadajesz sobie takiego pytania? W podręczniku fizjologii człowieka możesz znaleźć na nie odpowiedź. Zapoznaj się jednak z moimi uwagami wynikającymi z analizy tego problemu.

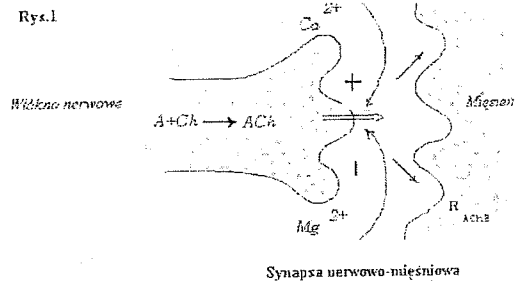
Twoje drżenie nie jest tylko sprawą „niezastąpio-nej” dopaminy. Również nie przypisałbym tej choroby tylko i wyłącznie do schorzeń centralnego układu nerwowego. Mimo że nie dysponuję wiedzą lekarską, bogaty jednak we własne odczucia, których przecież nie brakuje mi na co dzień, jestem przekonany, że przyczyn tej choroby należy poszukiwać w układzie immunologicznym człowieka. Do takiego stwierdzenia skłania mnie chociażby fakt, że pozbawiony dostatecznej ilości dopaminy układ nerwowy potrafi przecież utrzymywać pozostałe funkcje tych samych mięśni, które powodują skurcze i drżenie twojej ręki.

Zatem jeżeli nie znudzi cię lektura tego artykułu, podążaj za tokiem mojego rozumowania. Może razem uda nam się poznać patomechanizm drżenia.

Za początek analizy przyjmuję nie obszary mózgu, ośrodku centralnego układu nerwowego, a właśnie pierwsze miejsce objawów schorzenia, czyli twoją niesprawną rękę.

Będę się starał ograniczyć zakres rozważań do zagadnień dotyczących jednego z podstawowych działów fizjologii jakim jest czynność komórek nerwowych i mięśniowych. Wynika to z oczywistego faktu

- choroba bez względu na swoje podłoże dotyczy dwóch ośrodków: nerwowego i mięśniowego.



Rys.1 umownie obrazuje granicę; po lewej stronie - ośrodku nerwowego, po prawej natomiast ośrodku mięśniowego. Przedstawiłem to na rysunku za pomocą synapsy nerwowo-mięśniowej, która jest miejscem stykania wypustek komórki nerwowej tj. aksonu z komórką mięśniową. Włókno nerwowe, które unerwia „drżącą rękę” w pobliżu unerwianej komórki mięśniowej rozdziela się na wiele końcowych stopek (lewa strona), które od błony komórkowej komórki mięśniowej (prawa strona) oddziela niewielka przestrzeń zwana szczeliną synaptyczną. Wypustki komórki nerwowej pokryte są błoną presynaptyczną, natomiast błonę komórki mięśniowej przyjęto nazywać błoną postsynaptyczną. O wyborze synapsy nerwowo-mięśniowej do analizy problemu zdecydowało założenie, że w chorobie Parkinsona przebieg procesów bioelektrycznych zachodzących w komórce nerwowej (po lewej stronie) nie odpowiada tym samym procesom w komórce mięśniowej (strona prawa). Prześledźmy zatem, co dzieje się po lewej stronie w włóknie nerwowym, dokładnie - w komórce nerwowej.

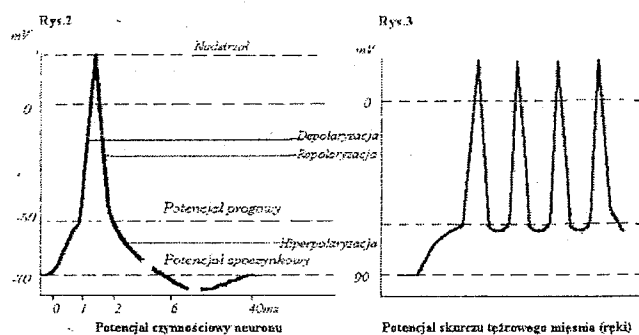
Żeby zrozumieć istotę problemu, musisz sobie uświadomić, że każda komórka nerwowa (jak i mięśniowa) twojej drżącej ręki i jej najbliższe otoczenie to chemiczne ogniwo o dwóch biegunach: dodatnim i ujemnym. Znajduje się ono zawsze w jednym z dwóch stanów: **w stanie spoczynku** (gotowości do działania) lub **w stanie pobudzenia** (wykonywania pracy). Bieguny tego ogniwa są rozdzielone błoną komórkową. Biegunem ujemnym jest obszar wewnętrzny wypełniony płynem wewnątrzkomórkowym, dodatnim zaś obszar zewnętrzny wypełniony płynem zewnątrzkomórkowym.

Wyznacznikiem potencjału dodatniego czy ujemnego zarówno po jednej jak i po drugiej stronie błony komórkowej jest stężenie dodatnich jonów potasu (+K) i ujemnych jonów sodu (-Na). W stanie spoczynku to biologiczne ogniwo ma wewnątrz komórki

ujemny potencjał elektryczny natomiast na zewnątrz błony komórkowej dodatni. Różnica potencjałów między tymi biegunami nazywana **potencjałem spoczynkowym** wynosi -70mv (dla komórek mięśniowych wynosi -90mv). Stan spoczynku można nazwać inaczej stanem pogotowia do działania. Każdy ruch twojej ręki, każda praca, jaką wykonują jej mięśnie, powoduje dyfuzję jonów i zmianę ich stężenia po obu stronach błony komórkowej i tym samym obniżenie potencjału spoczynkowego. Można to porównać do rozładowania naładowanego akumulatora.

Organizm szybko przywraca stan równowagi (potencjał spoczynkowy) za pomocą tzw. **pompy sodowo-potasowej**. Dzięki temu mechanizmowi poprzez **kanały jonowe** w błonie komórkowej (nawet wbrew istniejącemu gradientowi stężeń) zostaje przywrócone nasycenie jonów sodowych i potasowych po obu stronach błony - „ogniwo” uzyskuje odpowiedni potencjał spoczynkowy i jest gotowe do działania.

Tak to wygląda w dużym uproszczeniu. Zaprezentowane poniżej rysunki (rys.2 i rys.3) obrazują cykl zmiany potencjału w komórce nerwowej i mięśniowej osoby z chorobą Parkinsona.



Należałoby przyjąć, że mimo szeregu procesów biochemicznych, jakie mają miejsce na granicy synaps, wykres tego, co dzieje się w komórce mięśniowej (rys.3), powinien być adekwatny do wykresu zmiany potencjałów w komórce nerwowej.

Tak jest rzeczywiście w zdrowym organizmie. Co zatem dzieje się w twoim? Dlaczego wykres na rys. 2 nie odpowiada wykresowi na rys. 3?

Różnice mogą tłumaczyć samoistne drżenie twojej ręki.

Otóż, na pewno wielu fizjologów nie docenia faktu, że nasz organizm na tym niskim poziomie, jakim jest pojedyncza komórka, został uzbrojony w „bezpiecznik”, który pozwala na włączenie pompy sodowo-potasowej dopiero po „rozładowaniu ogniwa” do -90mv (po uzyskaniu potencjału spoczynkowego dla mięśni poprzecznie prążkowanych - rys. 2). Ten „bezpiecznik” stanowią **kanały jonowe z blokadą składającą się z systemu komórek receptorowych**. Właśnie ich przepustowość decyduje o szybkości rozładowania „akumulatora”. Są tym samym wyznacznikiem potencja-

łu twojego progu pobudliwości. Sądzę, że u chorych na chorobę Parkinsona jest on mocno zaniżony.

Tutaj zapewne zadajesz sobie pytanie, co jest tego konsekwencją. Otóż, jak widać to na załączonym rys. 2, obniżenie potencjału progowego prowadzi do szybszego przejścia potencjału pobudzającego w potencjał iglicowy i do szybko narastającej depolaryzacji błony komórkowej. Na co dzień u chorych przejawia się to zwiększoną **pobudliwością ruchową**, która jest jakby przeniesieniem tego, co dzieje się w komórkach, na cały organizm. Jednak na tym etapie nie daje to jeszcze odpowiedzi na pytanie dlaczego drży twoja ręka.

Depolaryzacja błony komórkowej komórki mięśniowej trwa od 1 do 3 miesięcy ale kolejne postsynaptyczne potencjały pobudzające mogą częściowo nakładać się na siebie i przyspieszać ten proces.

Po fazie depolaryzacji następuje faza repolaryzacji, w czasie której potencjał elektryczny komórek mięśniowych powinien powrócić do stanu wyjściowego, tzn. takiego, w jakim był, zanim nastąpiło oddziaływanie bodźca. Opadająca część wykresu - rys. 2, obejmująca podepolaryzacyjny potencjał następczy i hiperpolaryzacyjny potencjał następczy przy obniżonym progu pobudliwości i przy kolejno następujących po sobie impulsach nerwowych w odstępach krótszych niż 5 ms będzie miała zdecydowanie inny wygląd - rys. 3. Łatwo zauważyć, że u chorego na chorobę Parkinsona wykres potencjału czynnościowego komórki mięśniowej pozbawiony jest fazy odpowiadającej rozkurczowi mięśnia (hiperpolaryzacji).

Ponieważ praca, jaką wykonują komórki mięśniowe, jest funkcją czasu, a czas depolaryzacji błony komórkowej (rozładowania „akumulatora”) i jej ponownej polaryzacji w twoim przypadku jest bardzo krótki i ulega ustawicznemu skracaniu w miarę postępu choroby, pompa sodowo-potasowa pracuje z coraz krótszymi przerwami, żeby wygenerować potencjał spoczynkowy -90mv , aż do granic wytrzymałości.

Parafrazując można powiedzieć, że potencjał spoczynkowy twoich komórek zabezpiecza „bezpiecznik” o odpowiedniej oporności, ale czas rozładowania tego „akumulatora” staje się coraz krótszy w miarę postępu choroby. Twoje mięśnie reagują na najdrobniejsze bodźce wzmożonym napięciem, bo cykl ich pracy jest skrócony, niepełny.

W zdrowej ręce „blokada”, którą sterują receptory, uchyla się powoli, dając mięśniom czas na wykonanie całego cyklu pracy; w ręce, która drży, jest inaczej.

Jej ruchy są spowodowane przede wszystkim skurczami tężcowymi niezupełnymi, tzn. takimi, przy których pobudzenie mięśnia następuje w czasie krótszym od czasu potrzebnego na odbudowanie jego potencjału czynnościowego.

Upraszczając tok rozumowania można się pokusić na stwierdzenie, że przyczyną drżenia Twojej ręki jest **zachwiana korelacja procesu pobudzenia komórek mięśniowych i cyklu ich pracy**. Wyznacznikiem dla tych procesów jest częstotliwość bodźców nadprogowych oraz czas skurczu mięśnia.

Przedstawiona analiza obejmuje zaledwie wycinek całego kompleksu procesów biochemicznych na bazie, których dochodzi do pracy naszych mięśni. Cały proces jest w rzeczywistości bardziej skomplikowany. „Stwórca” wyposażył nasz organizm w szereg neuroprzekazników i modulatorów, które sprawiają, że działanie układu nerwowego jest bardziej złożone ale pozwala za to na funkcjonowanie naszego organizmu często w ekstremalnych warunkach, które są wynikiem różnych schorzeń.

Poznawanie zjawisk jakie warunkują nasz stan zdrowia powinno być celem nie tylko lekarzy ale każdego z nas. Prowadzi to bowiem do sukcesywnego doskonalenia samego siebie i powinno pomóc w pro-

cesie leczenia. Ostateczne wnioski, które decydują o postawieniu diagnozy i wybraniu sposobu leczenia pozostawmy jednak profesjonalistom. Zatem dziel się z nami na łamach tego kwartalnika swoimi spostrzeżeniami może w ten sposób sobie pomożemy.

W następnym numerze kwartalnika „Parkinson” zamierzamy zamieścić uproszczoną analizę niektórych procesów jakie występują na granicy synaps i ich wpływie na pracę komórek mięśniowych.

Zawiłość analizowanych problemów nie pozwala jednak na bezkrytyczne przyjmowanie wyciąganych wniosków i wykorzystanie ich w procesie leczenia. Jak już wcześniej wspomniałem pozostawmy to lekarzom. Nasze dewagacje niech pozostaną w kręgu naszych hipotez, które możemy przecież ciągle doskonalić.

Jan Kustra

Literatura: Władysław Z. Traczyk:

Fizjologia człowieka w zarysie, Warszawa 1997;

A. Friedman: *Choroba Parkinsona*, Warszawa 1999

Uważaj na pogodę

Wśród wszystkich czynników środowiska zewnętrznego, oddziałujących na ustrój człowieka, szczególnie rolę odgrywają warunki atmosferyczne. Co raz częściej wielu z nas - mniej lub bardziej świadomie - zauważa istnienie zależności między swoim samopoczuciem a panującymi warunkami pogodowymi.

O związkach między zmianami zachodzącymi w środowisku atmosferycznym a stanem zdrowia i samopoczuciem człowieka, a także występującymi chorobami już 2000 lat temu pisał - uznawany za ojca medycyny - Hipokrates. Podkreślał on, że „należy rozważać skutki, które może wywierać każda z pór roku; pory roku są bowiem stałe, lecz różnią się znacznie zarówno same w sobie, jak i w swoich przemianach... wraz z porami roku choroby ludzi zmieniają się...”.

Za prekursorów współczesnej bioklimatologii uznaje się natomiast A. Humboldta oraz Ch. Hufelanda, którzy jako pierwsi wprowadzili metody naukowe (statystyczne) do określania zależności występowania określonych chorób od zmian pogodowych. Szczególną rolę odegrał przede wszystkim Humboldt, ponieważ jako pierwszy sformułował definicję bioklimatu, określając go jako „zespół czynników atmosferycznych, które działają pobudzająco na receptory zmysłowe człowieka”.

Obecne poglądy na zależności między stanem zdrowia człowieka a warunkami atmosferycznymi są rozwinięciem obserwacji Hipokratesa i Humboldta. Rozwój ten wynika z gwałtownego postępu techniki badawczej, nowych możliwości obserwowania zjawisk pogodowych (np. techniki satelitarnej),

a w skali mikro - możliwości badawczych współczesnej medycyny. Historyczna definicja bioklimatu nie jest jednak obecnie ograniczana do pobudzenia receptorów zmysłowych. Poszerzono ją o niespecyficzne, ogólnoustrojowe oddziaływania czynników meteorologicznych, a także uwzględniono wpływ promieniowania elektromagnetycznego w różnych zakresach częstotliwości czy promieniowania jonizującego.

Jak barometr na pogodę

Jak się przekonano, promieniowanie elektromagnetyczne o bardzo niskiej częstotliwości, tj. 1-100 kHz (VLF), pojawiające się m.in. podczas burzy, wywiera bardzo silny wpływ na samopoczucie. Fakt ten tłumaczy się zbieżnością częstotliwości promieniowania impulsowego w atmosferze z częstotliwościami niektórych bioprądów czynnościowych w organizmie człowieka. To z kolei może być wytłumaczeniem zdolności wrażliwych osób do „przewidywania” pogody na kilka dni naprzód.

Innym znanym zjawiskiem pogodowym o niekorzystnym wpływie na organizm człowieka są tzw. wiatry fenowe, czyli m.in. występujący w Polsce wiatr halny. Jest to ciepły i suchy wiatr, o dużej prędkości i porywistości, powstający podczas przemieszczania się mas powietrza przez łańcuchy górskie. Pojawienie się wiatru fenowego wiąże zawsze nagłą zmianę wielu czynników meteorologicznych, co stanowi bardzo silny bodziec wpływający obiektywnie i subiektywnie na samopoczucie człowieka.

Meteoro to znaczy warunki pogodowe

Aby zrozumieć istotę meteorotropizmu, czyli wrażliwości na zmianę pogody, należałoby wytłumaczyć kilka pojęć - przede wszystkim termin meteorotropizm. Za meteorotropizm uznaje się występowanie lub nasilanie się objawów chorobowych w wyniku oddziaływania na ustrój nieokreślonych zakłóceń rytmicznego przebiegu procesów pogodowych. Zakłócenia takie są nazywane meteorotropowymi lub meteoropatycznymi. Analogicznie definiuje się choroby meteoropowe. Meteoropatia natomiast to wrażliwość ustroju na zmiany pogody skutkująca patologicznymi reakcjami w sferze somatycznej i psychicznej człowieka. Dla celów praktycznych przyjęto podział meteoropatycznych sytuacji pogodowych na kilka zespołów o zbliżonym oddziaływaniu na organizm człowieka. Wyodrębniono:

- zespół bodźców termicznych, wpływających na gospodarkę cieplną ustroju,
- zespół bodźców fotochemicznych, tj. promieniowanie słoneczne w zakresie światła widzialnego,
- zespół bodźców chemicznych, tj. zmian w składzie powietrza,
- zespół bodźców neurotropowych, tj. bliżej nieokreślonych, wielokierunkowych i wieloczynnikowych, krótkotrwałych zmian pogody (wspomniane wyżej wiatry fenowe są zaliczane właśnie do tej grupy meteorotropowych sytuacji pogodowych); elementy te oddziałują przede wszystkim na sferę psychiczną człowieka.

Bodziec-reakcja

Choć głównym odbiorcą bodźców zewnętrznych jest wegetatywny układ nerwowy, to reakcje na bodziec dotyczą całego organizmu, w szczególności zaś ośrodkowego układu nerwowego i układu hormonalnego. Wszystkie czynniki zaburzające homeostazę ustroju powodują zatem występowanie określonych dolegliwości czy stanów chorobowych. Jednocześnie pamiętać należy, że zarówno zakres wrażliwości i wydolności mechanizmów homeostazy, jak i - w pewnym sensie - rodzaj reakcji na naruszenie stałości środowiska wewnętrznego, nie jest jednakowy dla wszystkich, a różnice te były kształtowane przez tysiące lat adaptacji do różnych warunków klimatycznych. Generalnie jednak podstawowe reakcje są bardzo zbliżone.

Wiadomo np., że pobudliwość układu wegetatywnego ludzi zdrowych wykazuje istotną zależność od frontów atmosferycznych. Na kilka (5-6) godzin przed nadejściem frontu atmosferycznego wzrasta aktywność układu przywspółczulnego, natomiast aktywność układu współczulnego wzrasta w 3-5 godzin po jego przejściu. Wykazano, że front ciepły powoduje obniżenie aktywności wydzielniczej tarczycy, natomiast nadejście powietrza polarnego aktywuje przysadkę. Zespół reakcji układu wegetatywnego i hormonalnego oraz wynikające z nich zmiany czynnościowe w narządach stanowią znowu podstawę powstawania reakcji patologicznych, czyli meteoropatii.

artykuł dr. n. med. Andrzeja Skrobowskiego i lek. med. Macieja Błaszczyszyna w „Żyjmy dłużej”

ŚWIADCZENIE USŁUG PIEŁĘGNIARSKICH I OPIEKUŃCZYCH

W Polsce wizyta u lekarza i zastosowanie się do postawionej diagnozy jest powszechnie praktykowane, natomiast pielęgnacja i opieka nad chorym odbywa się najczęściej według tradycyjnych domowych zwyczajów. Poza szpitalem i przychodnią zapotrzebowanie na usługi pielęgniarskie kojarzy się z bardzo ciężkim stanem chorego i najczęściej tylko na usługi opiekuńcze. Obecnie pielęgniarka posiada wykształcenie średnie lub wyższe, jest coraz bardziej niezależna od lekarza, może kontynuować i rozwijać proces leczenia na podstawie konsultacji z lekarzem, może przekazać i nauczyć opiekunów wielu potrzebnych czynności i zabiegów pielęgnacyjnych przy chorym, może zauważyć i przekazać lekarzowi uwagi o stanie jego zdrowia, korzystajmy więc z ich umiejętności.

Z kontaktów w ramach współpracy pomiędzy Stowarzyszeniami osób chorych na chP wynika, że w krajach zachodnich zaplecze służb medycznych zatrudnia znacznie więcej pielęgniarek niż w Polsce i mają one szerszy zakres uprawnień.

Nasze Stowarzyszenie rozpoczęło działania, aby w Warszawie też praktykowała grupa pielęgniarek wyspecjalizowanych w obsłudze chP. Wymaga to jednak czasu.

Aktualnie można poprosić o przyjęcie zlecenia na świadczenie usług pielęgnacyjnych w Publicznych lub Niepublicznych Zakładach Lecznictwa Otwartego oraz usług opiekuńczych w Ośrodkach Pomocy Społecznej.

Jeśli jesteś obłożnie chory, nie wychodzisz z domu, potrzebujesz fachowej opieki medycznej, nie masz kogo poprosić o pomoc lub jest ona niewystarczająca, zwróć się – telefonicznie lub przez znajomego – do przełożonej pielęgniarek Zakładu Lecznictwa Otwartego, w którym jesteś zaopieczony [złożyłeś deklarację, że będziesz tu korzystać z lekarza]. Możesz oczekiwać pomocy w postaci usług medycznych, świadczeń pielęgnacyjnych; leczniczych, diagnostycznych [opatrzenie ciała, podanie leków, pobranie próbek do badań itp.] oraz świadczeń promocji; zdrowia, profilaktyki choroby, rehabilitacji. Za takie usługi pielęgniarskie zapłaci Kasa Chorych, trzeba jednak uzyskać zlecenie od lekarza lub po przeprowadzonym wywiadzie zgodę pielęgniarki, która dalsze sprawy będzie załatwiać wg ustalonych reguł.

Usługi opiekuńczo-gospodarcze, opiekuńczo-pielęgnacyjne, świadczone w domu obłożnie chorego [sprzątanie, wyprowadzenie na spacer, robienie zakupów, sprzątanie generalne, załatwianie

spraw w imieniu chorego itp.) organizują pracownicy lokalnego Ośrodka Pomocy Społecznej [skrót OPS]. Aby taką pomoc uzyskać, trzeba sprawę zgłosić do sekretariatu OPS, na terenie którego mieszka, wyrazić zgodę na przeprowadzenie wywiadu, czyli odpowiedzieć na szczegółowe pytania stawiane przez pracownika socjalnego OPS, który opiekuje się z urzędu twoją dzielnicą, ulicą.

Pytania mogą dotyczyć stanu zdrowia, warunków socjalnych, finansowych, przeprowadzenie wywiadu środowiskowego itp. Usługi opiekuńcze mogą być częściowo lub całkowicie odpłatne z funduszy samorządowych. Ustawa z dnia 29.11.99 r. O pomocy społecznej Art. 4 określa, komu i w jakiej wysokości przysługuje prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, oraz Art. 18.1 określa zasady

Zasady odpłatności za usługi opiekuńcze

Dochód rodziny w stosunku do kryterium określonego w art. 4 ust. 1 ustawy o pomocy społ. [%]	Wysokość odpłatności [%]	
	usługi gospodarcze	usługi pielęgnacyjne i specjalistyczne
do 100	bezpłatnie	bezpłatnie
100-125	5	3
125-150	10	5
150-200	20	10
200-250	35	25
250-300	50	40
300-350	65	55
350-400	85	75
powyżej 400	100	100

Odpłatność 100% za usługi gospodarcze 5,50 zł, za usługi pielęgnacyjne 6,50 zł, za jedną godzinę pracy, oraz za posiłki 4,50 zł na osobę

INFORMACJE adresowe świadczących usługi
przykład - dla członków z Żoliborza

Publiczny Zakład Lecznictwa Otwartego ul. Szajnochy 8, przełożona pielęgniarzek tel. 8335885

udzielania świadczeń i odpłatności za usługi opiekuńcze.

Gmina w drodze uchwały określa wysokość świadczeń pieniężnych i szczegółowe zasady przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze np. Gmina Centrum m. St. Warszawa dla dzielnicy Żoliborz określiła, że świadczenia pieniężne z pomocy społecznej przysługują osobom i rodzinom, których dochód na osobę w rodzinie nie przekracza [dane ze stycznia 2002]

na osobę samotnie gospodarującą	447,-zł
w rodzinie;	
na pierwszą osobę	406,-
na drugą i dalsze osoby powyżej	
15 roku życia	285,-
poniżej 15 roku	204,-

Zasady zwrotu wydatków na posiłek

Dochód rodziny w stosunku do kryterium określonego w art. 4 ust. 1 ustawy o pomocy społ. [%]	Wysokość zwrotu wydatków [%]
do 130	bezpłatnie
130-140	5
140-150	10
150-160	20
160-170	30
170-180	40
180-190	60
190-200	80
powyżej	100

Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Dembińskiego 3, tel. 8330908 sekretariat., 8331521 kierownik biura, Agencja Służby Społecznej tel. 8338729 świadcząca usługi opiekuńcze na zlecenie Ośrodka Pomocy Społecznej.

Zbigniew Sokołowski

Warszawa 28.01.2002




Szanowni Państwo,

Sekcja Schorzeń Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego zaprasza pacjentów, opiekunów i lekarzy na:

Konferencję z okazji Międzynarodowego Dnia Chorego na Chorobę Parkinsona 13.04.2002, godz. 10⁰⁰.13⁰⁰ Międzynarodowe Centrum Biocybernetyki, ul. Ks. Trojdena 4, Warszawa

Program:

Włodzimierz Kuran	Historia badań nad chorobą Parkinsona
Andrzej Friedman	Z czego bierze się choroba Parkinsona – obecny stan wiedzy
Anna Potulska	Poza ruchowe objawy choroby Parkinsona
Marcin Żach	Jakość życia chorych z chorobą Parkinsona po latach choroby
Mirosław Ząbek	Operacyjne możliwości leczenia choroby Parkinsona
Anna Obrzydowska	Rehabilitacja ruchowa w chorobie Parkinsona


Przewodniczący Sekcji
Prof. dr hab. med. Andrzej Friedman

KUJAWSKO-POMORSKIE STOWARZYSZENIE
OSÓB Z CHOROBA PARKINSONA
88-100 Inowrocław, ul. B. Krzywoustego 10/60
tel. (052) 352 31 38

Szanowni Państwo

Zarząd Regionu Kujawsko-Pomorskiego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona w Inowrocławiu uprzejmie informuje, że w dniu 02 stycznia 2002 roku w Szpitalu Powiatowym w Inowrocławiu został otwarty „Dzienny Oddział Rehabilitacji” dla osób z chorobą Parkinsona. Z usług usprawniających mogą korzystać osoby chore z chorobą Parkinsona z terenu całej Polski. 24-dniowy pobyt wraz z noclegiem i całodziennym wyżywieniem oraz koszty związane z rehabilitacją są bezpłatne, refundowane przez **Regionalne i Branżowe Kasy Chorych**. Dla chorych spoza województwa kujawsko-pomorskiego warunkiem przyjęcia na oddział jest:

- pozyskanie z regionalnej lub branżowej Kasy Chorych „promesy” na pobyt i leczenie w **Szpitalu Powiatowym w Inowrocławiu, 88-100 Inowrocław, ul. Poznańska 97**,
- zaświadczenie o przynależności do Regionalnej lub Branżowej Kasy Chorych właściwej według miejsca zamieszkania,
- skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu na leczenie rehabilitacyjne na oddziale dziennym,
- załączenie odcinka renty lub emerytury.

Informacji dodatkowych udziela telefonicznie:

1. Ordynator Oddziału lek. med. Honorata Kryszk-Malec: 0 (prefiks) 52 3545282
2. Mgr. rehabilitacji Anna Barańkiewicz: 0 (prefiks) 523545261, 0600435984.

Wszystkich Chorych pragnących skorzystać ze świadczeń udzielanych przez „Dzienny Oddział Rehabilitacji” w Szpitalu Powiatowym w Inowrocławiu serdecznie zapraszamy.

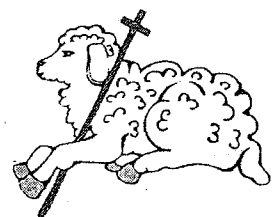
Prezes Stowarzyszenia:

Lucjan Piekański

KOMUNIKATY

W ramach spotkań ze specjalistami w każdą третią sobotę miesiąca – 16 marca br. w sali widowiskowej Szpitala MSWiA o godz. 11⁰⁰ będziemy gościć Pana doc. Pakszysa.

N atomiast w kwietniu wyjątkowo spotkamy się w drugą sobotę miesiąca to jest 13.04.02 o godz. 10⁰⁰ na Konferencji z okazji Międzynarodowego Dnia Chorego na Chorobę Parkinsona w sali Międzynarodowego Centrum Biocybernetyki ul. Ks. Trojdena 4.



Zdrowych, wesołych Świąt
i pogody ducha na wiosnę

życzy Redakcja



Redakcja Biuletynu: Zarząd Stołecznego Stowarzyszenia Osób z Chorobą Parkinsona, 00-950 Warszawa, skr. poczt. 78, tel. 602-18-88, Konto: Bank Przemysłowo-Handlowy, III O/Warszawa, ul. Biała 4, nr 10601057-320000413845, Skład i łamanie: ♥ OMEGA PRESS, Płochocin, ul. Łąkowa 24, tel./fax 858-80-31, 0-501-059-163. Druk: ♥ EBE, tel. 868-04-54, 868-29-58 ♥