

# PARK INSON

číslo 3      duben 1998





## Obsah



### Činnost společnosti Parkinson

Informace o činnosti Společnosti (Ing. J. Dvořák) .....	2
Informace z EPDA – European Parkinson's Disease Association (As. MUDr. I. Rektorová) .....	2



### Lékař informuje

Třes: příznak mnoha onemocnění (As. MUDr. J. Roth, CSc.) .....	4
Deprese u Parkinsonovy choroby z pohledu psychiatra (MUDr. J. Kosová) .....	7



### Léčba příznaků

Léčba ortostatické hypotenze (As. MUDr. P. Kaňovský) .....	9
Perspektivy léčby Parkinsonovy choroby (Prof. MUDr. I. Rektor, CSc.).....	10
Pohyb je život (M. Sekyrová).....	13



### Historické osobnosti a Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc u Adolfa Hitlera (MUDr. H. Hortová, MUDr. H. Streitová, MUDr. M. Bareš) .....	15
---	----



### Informace ze sociální oblasti

Státní sociální péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí (As. MUDr. I. Rektorová) .....	16
--	----



### Listárna

Na dotazy čtenářů odpovídá as. MUDr. I. Rektorová .....	19
---	----

#### PARKINSON

Číslo 3, duben 1998

Vydává Společnost Parkinson, IČO: 604 58 557,  
bankovní spojení: AGROBANKA Praha, a.s., číslo účtu: 1766806-504/0600,  
adresa Společnosti Parkinson a redakce časopisu: Volyňská 20, 100 00 Praha 10  
Registrováno pod číslem MK ČR 7888, ISSN 1212-0189



Vychází v Nakladatelství a vydavatelství PANAX,  
Šumavská 5, 120 00 Praha 2

Ilustrace na obálce: Adolf Born, Večerní koncert, kolorovaná kresba, 1981.  
Výtisk je neprodejní

Milí čtenáři,

Společnost Parkinson má v současné době 480 členů, přičemž celkový počet členů vzrostl od jejího založení téměř desetkrát. Kromě přednášek, pravidelného rehabilitačního cvičení, organizace rekondičních pobytů a vydávání časopisu Parkinson se bude Společnost stále více uplatňovat v prezentaci potřeb pacientů a partnerů s nimi žijících při jednání s Ministerstvem práce a sociálních věcí a Ministerstvem zdravotnictví. Práce bude na tomto poli mnoho (viz např. článek „Státní sociální péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí“ v tomto čísle, str. 16), bude třeba více aktivních členů ve výboru.

V plánu je zakládání poboček Společnosti postupně v dalších městech. V tomto ohledu ráda vypomohu se založením pacientského klubu v Brně, kam jsem se provdala a od počátku ledna tohoto roku změnila své působiště, které je nyní na 1. neurologické klinice FN u sv. Anny v Brně. Budu se nadále zabývat problematikou Parkinsonovy nemoci v Centru pro Parkinsonovu nemoc a abnormální pohyby a ráda budu pokračovat i v redakci Vašeho časopisu.

Jelikož 11. duben – Světový den Parkinsonovy nemoci – připadá letos na Velikonoční svátky, doporučuje EPDA (Evropská asociace společností pro Parkinsonovu nemoc) oslavu Světového dne Parkinsonovy nemoci kterýkoli den v dubnu. Například ve Velké Británii bude probíhat 21. dubna, ve Španělsku byla stanovena na 2. dubna atd. Co podnikneme pro zvýšení informovanosti o Parkinsonově nemoci u nás? Dne 21. února 1998 vyšel v deníku MF Dnes článek s názvem „Jako ve slepé uličce“, který přibližuje toto onemocnění převážně z pohledu pacientů. Dne 18 dubna 1998 se bude konat ve Velkých Losinách lékařské sympozium na téma Parkinsonova nemoc. V posluchárně Neurologické kliniky VFN v Kateřinské ulici v Praze bude 30. dubna v 16 hodin proslovena slavnostní přednáška, členové Společnosti budou mít možnost shlédhnout videokazetu, která byla natočena při oslavách Světového dne Parkinsonovy nemoci v roce 1997 v různých zemích Evropy. Slavnostní přednáška proběhne i v posluchárně 1. neurologické kliniky FN u sv. Anny v Brně, a to 21. dubna v 16 hodin. Při této příležitosti bude zahájena činnost prvního pacientského klubu mimo Prahu. Na obě akce srdečně zveme pacienty i jejich partnery a sympatizanty. V Brně se též bude konat u příležitosti Světového dne Parkinsonovy nemoci tisková konference, a to dne 15. dubna 1998 ve 14.00 hodin. Na závěr bych Vás chtěla obeznámit s XVI. českým a slovenským neurologickým kongresem, který se bude konat v Brně v hotelu Voroněž ve dnech 11.–13. listopadu 1998, na něj pak bude navazovat XII. český a slovenský epileptologický kongres, jenž proběhne 13.–14. listopadu 1998. Jedním z hlavních témat bude Parkinsonova nemoc: této problematice bude věnován celý den – 12. listopad 1998 (dopoledne plenární přednášková sekce, odpoledne klub abnormálních pohybů s videoprojekcí). Členové Společnosti – pacienti a jejich partneři – budou mít na tento den volný vstup, navíc organizátoři (1. neurologická klinika FN u sv. Anny) nabízejí možnost schůze výboru Společnosti v prostorách hotelu Voroněž a možnost instalování stánku Společnosti zdarma. V případě dostatečného zájmu by mohl být vypraven mikrobus či autobus z Prahy. Aktivní účast Společnosti by měla mimo jiné i význam pro rozšíření povědomí o existenci této humanitární organizace a jejích aktivitách mezi lékařskou veřejností.

Další významná akce na mezinárodní úrovni je plánována na 2.–5. září 1999, podrobněji viz článek „Informace z EPDA“ v tomto čísle časopisu (str. 2).

As. MUDr. Irena Rektorová, roz. Svobodová  
redaktorka časopisu Parkinson



## Informace o činnosti Společnosti

**Ing. Jiří Dvořák**  
předseda Společnosti Parkinson

**V**ážení přátelé,

dopisem, který jsme připojili k druhému číslu našeho časopisu, jsme Vás požádali o zaslání dobrovolného příspěvku, samozřejmě podle Vašich finančních možností, který by pomohl zlepšit naši finanční situaci.

Za příspěvky, jež jste nám dosud zaslali, děkujeme a jména dárců, kteří poukázali částky vyšší než 200 Kč, uvádíme na konci časopisu. Přiznáme se, že jsme očekávali rychlejší reakci na naši prosbu. Řada členů zřejmě dosud váhá svůj příspěvek zaslat – očekáváme, že tak učiní. Údaje, které máme k dispozici, jsou k 18. 2. 1998, kdy předáváme podklady do tiskárny.

Největší zásluhu na tom, že náš časopis může vycházet, má firma ROCHE, s. r. o., Praha, již především patří naše poděkování.

Ve svých dopisech si stěžujete, že nemůžete sehnat brožuru autorky Roth-Sekyrové: Parkinsonova nemoc.

Brožuru vydalo nakladatelství MAXDORF, s. r. o., Praha 4, Kučíkova 48, v současné době je však rozebrána. V průběhu roku 1998 má vyjít nové vydání a včas Vás budeme informovat, abyste si ji mohli zakoupit, i když v jednotlivých číslech našeho časopisu Vás naši přední neurologové seznamují podrobně s problematikou této choroby. V nejbližší době budeme projednávat s Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí naše žádosti o částečné dotace na rok 1998. O výsledku Vás budeme informovat.

Probíhá rehabilitační cvičení, připravujeme rehabilitační internátní pobyt a odborné přednášky. Získaný nebytový prostor pro naše provozní potřeby jsme již z větší části opravili, některé úpravy budeme provádět ještě v letošním roce.

**Adresa:** Společnost Parkinson, Volyňská 20, 100 00 Praha 10, tel.: 02/73 41 01 (služba: středa 14–16 hod.)

Původní adresy předsedy a jednateli zůstávají i nadále v platnosti.

Závěrem znovu upozorňujeme, že uvítáme další spolupracovníky – zejména z Prahy – jak pro práci ve výboru, tak i v různých komisiach. Napište nám, budeme se těšit na spolupráci a také na Vaše písemné připomínky k činnosti Společnosti i k obsahu časopisu.

## Informace z EPDA – European Parkinson's Disease Association

**As. MUDr. Irena Rektorová**  
delegát české Společnosti Parkinson v EPDA

**D**říve, než Vás budu informovat o aktivitách a plánech EPDA (European Parkinson's Disease Association – Evropská asociace společností pro Parkinsonovu nemoc), jejímž členem je Společnost Parkinson od roku 1996, chtěla bych Vám oznamit milou zprávu: Mary Bakerové, prezidentce EPDA, byla udělena ve

Velké Británii cena „Žena Evropy 1998“. Tuto cenu uděluje každý rok panevropská organizace pod patronací Evropské komise, Evropského parlamentu a Evropského hnutí za vynikající dobrovolnou práci, která přispívá k evropské integraci.

Jak jsem se zmínila již v minulém čísle časopisu, sešla se ve

dnech 27.–28. května 1997 ke svému jednání pracovní skupina, složená ze specialistů zabývajících se léčbou Parkinsonovy nemoci, členů výboru EPDA a zástupců Světové zdravotnické organizace (WHO) v Ženevě. Diskutovalo se o způsobech organizace péče o pacienty trpící Parkinsonovou nemocí, způsobech



bech poskytování informací i o vzdělávání. Závěry tohoto jednání byly publikovány v dokumentu nazvaném „Parkinsonova nemoc a zdravotnictví“. Lékařské vzdělávání by mělo být reformováno podle konceptu WHO „Zdraví pro všechny“. Je nutné zvýšit informovanost o Parkinsonově nemoci jako závažnému zdravotnímu problému, shromáždit co nejvíce informací týkajících se všech aspektů tohoto onemocnění a rozšířit je mezi veřejnost, zdravotní organizace, lékařské fakulty a fakultní nemocnice. V souladu s tímto konceptem je třeba poskytnout co nejvíce nejdůležitějších služeb co největšímu počtu potřebných při co nejfektivnějším využití finančních zdrojů a vědeckých poznatků, které jsou v současnosti k dispozici. V každé společnosti by měly být definovány prioritní zdravotnické problémy. Pro onemocnění, jakým je Parkinsonova nemoc, by se měla vytvořit pravidní národní skupina, která by hájila zájmy pacientů, složená z pacientů, poskytovatelů péče a národních organizací. V dokumentu je dále zdůrazněna nutnost spolupráce mezi zdravotníky a neurovědci za účelem vyvinutí efektivnější léčby, jakož i spolupráce mezi lékaři, ostatními zdravotníky a dobrovolnými nevládními organizacemi, které prezentují potřeby pacientů.

### Přehled akcí plánovaných

#### EPDA v letech 1998 a 1999:

- **Školicí soustředění pro německy mluvící pacienty**, duben 1998, místo a termín budou upřesněny,
- **Školicí soustředění ve Varšavě**, Bulharsko, červen 1998, termín bude upřesněn,
- **Kontinentální konference**, léto 1998, termín a místo budou upřesněny,
- **Multidisciplinární konference a generální shromáždění EPDA** v Barceloně, Španělsko, 29. října až 4. listopadu 1998, proběhne v hotelu Hilton, celá akce bude v angličtině s tlumočením do španělštiny. Jsou zváni lékaři, sestry, rehabilitační a sociální pracovníci, psychologové, profesionální ošetřovatelé, a především pacienti trpící Parkinsonovou nemocí a jejich partneři. První oznámení je k dispozici u Ing. J. Dvořáka.
- **Setkání mladých parkinsonků Evropy** (EUROYAPMEET, tj. European Young Parkinsonian's Meeting) ve Veldhovenu, Nizozemí, říjen 1999, termín bude upřesněn.

### Jednodenní konference EPDA a generální shromáždění v Praze, 2.–5. září 1999

Budou jako samostatná akce předcházet **Mezinárodnímu sympoziu o poruchách chůze** a částečně se s ním i krát (lékařská kon-

ference sponzorovaná Movement Disorders Society 4.– 6. září 1999 v Praze, v hotelu Hilton).

Konference a shromáždění EPDA proběhnou pravděpodobně též v hotelu Hilton, kongresovým jazykem bude angličtina s možností tlumočení do češtiny (do sluchátek). Zváni jsou všichni členové Společnosti Parkinson a další pacienti s Parkinsonovou nemocí, jejich rodiny, lékaři a ostatní zdravotníci. Kromě odborných přednášek a vlastního generálního shromáždění (program bude teprve sestaven ve spolupráci s EPDA a našimi lékaři) se plánují i kulturní programy (koncert či představení v Laterně Magice, procházka a prohlídka Prahy s průvodcem, večeře v typické české restauraci, tanecní večer s tradiční tombolou) a návštěva rehabilitačního lázeňského sanatoria ve Vráži u Písku. Předpokládáme účast médií. Přislíbila jsem pomoc jako organizátor této akce ve spolupráci se Společností Parkinson, EPDA a agenturou České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Budu vás průběžně seznamovat s novými informacemi a prosím zájemce, kteří by měli čas a chuť podílet se na organizaci konference (počítáme s přibližně 150 našimi a zahraničními účastníky), aby se přihlásili na adresu Společnosti.



# Třes: příznak mnoha onemocnění

As. MUDr. Jan Roth, CSc., neurolog

**T**řes (tremor) je velmi častý příznak, objevující se u mnoha onemocnění, z nichž některá ani nejsou prvotně nervového původu. Může signalizovat nástup závažné nemoci, u které postupem času vzniknou i jiné obtíže a příznaky, může se však jednat i o nehoršící se onemocnění, jež hojným příznakem je právě třes. Intenzita třesu bývá často nepříznivě ovlivněna psychickým stavem pacienta (stres, úzkost, očekávání atd.). Z lékařského hlediska bývá třes obvykle podceňován, ačkoli často bývá zdrojem pracovního i sociálního omezení či zdrojem mnoha duševních zábran. Přitom však je třes často zvládnutelný běžnými léčebnými prostředky bez významných rizik.

## DEFINICE TŘESU

Třes je mimovolní, pravidelný a trvalý svalový pohyb s periodickými oscilacemi. Objevuje se buď v klidu (klidový, spontánní třes), či při tzv. statické zátěži, např. horních končetin při předpažení, dolních končetin při stojí (tzv. statický či posturální třes), nebo při aktivních, volných pohybech (tzv. akční třes).

Třes vzniká na základě prvotního či druhotného postižení některé z částí centrální nervové soustavy, především na podkladě poškození bazálních ganglií, mozečku a některých struktur mozkového kmene, vzácně však i na podkladě poškození periferní nervové soustavy.

## KLASIFIKACE JEDNOTLIVÝCH TYPŮ TŘESU

K určení správné diagnózy je nutno charakterizovat třes podle následujících známek:

1. Objevuje se třes obzvláště v klidu, při pohybu či při statické zátěži? (viz výše)
2. Je třes pravidelný nebo se jeho rytmus mění?
3. Je třes rychlý či pomalý?
4. Která část těla se třese nejvíce?
5. Je třes symetricky vyjádřen na obou polovinách těla?
6. V jakých situacích se třes objevuje (stres, zima, psaní ...)
7. Objevil se třes po nasazení jakéhokoli nového léku?
8. Vyskytoval se třes u některých pokrevních členů rodiny, třeba i v pokročilém věku?
9. Po jakém léku nastane úleva od třesu?

Základní rozdělení třesu podle bodu 1 je uvedeno v tabulce 1.

## TŘES S MAXIMEM V KLIDU

### **Třes u Parkinsonovy nemoci**

Třes je převážně klidového charakteru, relativně pomalé frekvence (cca 4–6 Hz), je obvykle asymetricky vyjádřen s převahou na akrech, kde někdy bývá přirovnáván k pohybu při počítání peněz. Občas přetrává i při statické zátěži. Typicky se zhoršuje při stresu, soustředění, pohybem se mírně tlumí, a mizí ve spánku. Málokdy postihuje hlavu, hlas, může však postihnout i bradu či rty. Dříve nebo později se v průběhu nemoci objeví další příznaky, především svalová ztuhlost, pohybové zpomalení či poruchy rovnováhy.

**Tabulka 1** Klasifikace tremorů

#### **1. Třes s maximem v klidu**

- Parkinsonova nemoc
- druhotné parkinsonské syndromy
- třes při některých dystoniích, tj. pomalých kroutivých mimovolních pohybech (např. při torticollis spastica)

#### **2. Třes s maximem při statické zátěži**

- esenciální třes
- fyziologický a akcentovaný fyziologický třes
- třes u Wilsonovy nemoci
- třes při jaterním či ledvinném selhání
- třes při nadmerné funkci štítné žlázy
- polékový třes (lithium, sympatomimetika, valproát, cimetidin, neuroleptika, tricyklická antidepresiva, kofein, nikotin, methylxantiny)
- třes při otravě rtuti, alkoholem
- třes při polyneuropatiích

#### **3. Třes s maximem v pohybu**

- mozečkový třes

#### **4. Třes vázaný na specifickou činnost**

- např. psací třes, tremolo hlasu



Proč třes u Parkinsonovy nemoci vzniká, není přesně známo, jedná se zřejmě o odbrzdění spontánní rytmické aktivity některých jader talamu, k čemuž dojde na podkladě nedostatku dopaminu.

V léčbě třesu u Parkinsonovy nemoci se uplatňují léky s anticholinergním účinkem (např. obvyklá dávka přípravku Akineton® 6 mg/24 hod.) či levodopa a agonisté dopaminu. Z neurochirurgických metod má doposud význam stereotaktický zákrok na některých talamických jádřech a nověji i implantovaná stimulační elektroda.

### Třes u druhotných parkinsonských syndromů

Pro druhotné parkinsonské syndromy jakéhokoli původu je typické, že třes obvykle není v pořadí obtíží, relativně výraznější je svalová ztuhlost, pohybové zpomalení, porucha chůze a jiné příznaky. Levodopa bývá málo účinná, dobrý efekt mají opět anticholinergní preparáty.

### Třes u některých dystonií (mimovolní pohyby typu měnlivých, kroutivých svalových stahů)

Například u torticollis spastica lze pozorovat občas ne zcela pravidelný pomalý třes hlavy, často s přítomností prudkých, výraznějších záškubů. Léčebně je obtížně ovlivnitelný, ale mizí obvykle společně s ústupem základních příznaků po léčbě botulotoxinem.

### TŘES S MAXIMEM PŘI STÄTICKÉ ZÁTEŽI

#### **Esenciální třes** (Minorova nemoc, familiární, hereditární tremor)

Jde o poměrně časté onemocnění. Přibližně v 50 % lze prokázat rodinný výskyt. Třes má převážně statický charakter, je asi

dvakrát rychlejší než parkinsonský tremor (tj. cca 8–12 Hz). Často se manifestuje třesem hlavy, někdy i hlasivek (tremolo hlasu), na horních končetinách je obvykle, nikoli však vždy symetrický. Obvykle se objevuje v nižších věkových skupinách, občas již v dětském věku. Přiznacné je přechodné zmírnění obtíží po požití alkoholu. Pro esenciální třes je typické, že v dalším průběhu nemoci se obvykle nevyskytnou žádné jiné příznaky, nemoc se projeví pouze třesem. V poslední době se však ukazuje, že existuje jistá genetická vazba mezi esenciálním třesem a Parkinsonovou nemocí či idiopatickou dystonií a u některých pacientů se mohou příznaky nemoci překrývat. Problematika diagnózy esenciálního třesu může být komplikována i současným výskytem této časté nemoci s jiným onemocněním.

Klinická zkušenost dovoluje rozlišit klinickou jednotku esenciálního třesu na dva podtypy: na skupinu pacientů s rychlou frekvencí třesu (8–12 Hz), která má obvykle výraznou rodinnou vazbu a dobře reaguje na léčbu, a skupinu pacientů s pomalým třesem (5–8 Hz), jenž se vyskytuje častěji bez rodinné vazby a reakce na léčbu je obvykle méně výrazná.

Podklad vzniku esenciálního třesu není známý, nejčastěji se zvažuje vyšší hladina látek jako adrenalin a noradrenalin v centrálním nervstvu. Lékem první volby je propranolol (Inderal®), který však u nás není dostupný, a proto používáme metypranolol (Trimepranol®) či primidon (Mysoline®, Lepsiral®).

Propranolol se podává obvykle v dávce 40–240 mg/24 hod., s výhodou lze podávat preparát s prodlouženým účinkem (tzv. long acting – LA). Pacienti, kteří

z profesionálního hlediska potřebují nárazově vykonávat jemné pohyby rukou (chirurg, hudebník), mohou s dobrým efektem užít 1–3 hodiny před výkonem jednorázově 120 mg propranololu. V našich podmírkách je nutno zkoušit místo propranololu metypranolol (Trimepranol®) v dávce ještě nevyvolávající výraznější zpomalení tepové frekvence či pokles krevního tlaku. Tyto léky se nesmějí podávat u pacientů s astmatem.

Dávku primidonu je nutno zvyšovat opatrně od 62,5 mg/24 hod. až do maximální dávky 750 mg/24 hod. (zvyšuje se o 1/4 tbl za týden), neboť na počátku léčby je obvykle špatně tolerován (porucha rovnováhy, nevolnost, celková nevůle). U těžkého třesu je nověji používána implantace stimulační elektrody.

### Fyziologický a akcentovaný fyziologický třes

Existuje mnoho faktorů, jež zhoršují či vyvolávají třes. Je to např. úzkost, strach, vyčerpání, podchlazení, nízká hladina cukru v krvi atd. Také některé nemoci a léky jsou schopny vyvolat třes (viz tabulka 1). Často nelze spolehlivě posoudit, zda se v těchto případech jedná o vyprovokování dispozice k fyziologickému třesu či o samostatnou jednotku, přímo závislou na rozvoji druhotních změn centrálního nervstva v rámci daného postižení.

Akcentovaný fyziologický třes je obvykle rychlé frekvence (8–12 Hz), malého rozkmitu, symetricky vyjádřen s maximem na horních končetinách. Při fyzické záťaze se frekvence třesu obvykle zvyšuje. Většinou nevyžaduje léčbu. Někdy se doporučuje malá dávka propranololu nárazově před činností, která vyžaduje klid. U benzodiazepinů, které mají také příznivý efekt (nejlépe Rivotril®), hrozí často návyk na tyto příprav-



ky. Primidon v denní dávce cca 250 mg může být také účinný.

#### Třes u Wilsonovy nemoci

Wilsonova nemoc, neboli hepatolentikulární degenerace, je autosomálně recesivně dědičné onemocnění, vázané na 13. chromosom, jehož podkladem je defekt enzymu vylučujícího měď do žluči. Měď ve vysoké koncentraci způsobuje jaterní poškození a proniká do mozku, kde poškozuje bazální ganglia a mozeček. Na toto onemocnění je nutno myslet vždy při výskytu pomalého třesu (3–5 Hz), ať již klidového, intenčního či smíšeného typu u mladého člověka, společně s některým z následujících příznaků: dystonických pohybů, poruchy řeči či polykání, svalové ztuhlosti či psychických poruch. Onemocnění je léčitelné penicilaminem, v poslední době se používají preparáty zinku.

#### Třes při jaterním či ledvinném selhání

Je obdobného rázu jako třes u Wilsonovy nemoci. Vzniká v závislosti na poškození centrálního nervstva dusíkatými sloučeninami. Léčba tohoto typu třesu je obvykle svízelná, popisovány jsou příznivé efekty benzodiazepinů (Diazepam®, Rivotril®).

#### Třes při nadměrné funkci štítné žlázy

Je obvykle vyjádřen symetricky na horních končetinách. Má pravidelný, rychlý rytmus o malém rozkmitu. Někteří lékaři jej považují za typ akcentovaného fyziologického třesu. Při dobré léčbě základního onemocnění ustupuje, při nedostatečném efektu lze použít léčbu jako u esenciálního třesu.

#### Polékový třes

Přehled jednotlivých léků působících třes či zhoršujících fyziolo-

gický třes je uveden v tabulce 1. Polékový třes je obvykle statického či intenčního rázu (při pohybu), rychlé frekvence, nejvýraznější na horních končetinách.

#### Třes při chronické konzumaci alkoholu

Tento typ třesu má ne zcela objasněný původ. Vzniká buď poškozením mozečku vlivem alkoholu, nebo se jedná o zhoršení fyziologického třesu. Pokud je dominantní mozečková porucha, obvykle se projeví hrubým třesem končetin o pomalé frekvenci (3–5 Hz) při pohybech, jinak je převaha třesu při statické zátěži. Projevy esenciálního a akcentovaného fyziologického třesu byly popsány výše. Je nutno vyzkoušet popsané formy léčby podle charakteru třesu.

#### Třes u periferních neuropatií

Třes jako příznak periferního nervového postižení (poškození nervu v rozsahu od výstupu z míchy po sval) je poměrně vzácný. Byl však opakováně popsán u chronických zánětlivých poškození periferních nervů, u některých dědičných typů a polyneuropatií u některých nádorových onemocnění. Ojediněle byl zaznamenán příznivý vliv Baclofenu®.

#### TŘES S MAXIMEM V POHYBU

#### Mozečkový třes

Vyskytuje se u onemocnění postihujících mozeček a jeho spoje. Je častým projevem např. roztroušené sklerózy, může se však objevit při jakémkoli postižení mozečkových drah. Často bývá velkého rozkmitu, nepravidelného, pomalého rytmu (3–5 Hz). Pacientům může zcela znemožňovat běžné denní aktivity. Je vhodné vyzkoušet benzodiazepiny, např. Rivotril®, a to v dávce 4–8 mg/24 hod., který

však někdy zhoršuje rovnováhu, či Trimepranol® v dávce 10–20 mg/24 hod., jenž ale někdy vede k výraznému poklesu krevního tlaku a ke zpomalení srdečního rytmu. Občas se provádějí i stereotaktické zásahy.

#### TŘES VÁZANÝ NA SPECIFICKOU ČINNOST

#### Primární psací třes

Vzniká pouze v určité poloze předloktí při psaní. Vyskytuje se vzácně, přiležitostně jsou popsány příznivé efekty anticholinergních preparátů či propranololu. Je nutno jej odlišit od fokální dystonie typu písářské křeče.

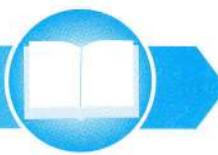
#### Tremolo hlasu

Obvykle bývá přítomno u esenciálního třesu, může se však vyskytovat i samostatně. Příznivý efekt mívá propranolol. V některých případech provází různé typy dystonií, tehdy je léčba obtížná.

#### Ortostatický třes

Jedná se o velmi vzácný typ třesu, který vzniká pouze vstoje na dolních končetinách, mizí všedě, vleže i při chůzi. Obvykle se objevuje s určitým zpožděním (do 30–60 sekund) po zastavení, vede až k pádům. Účinný bývá Rivotril®.

Občas bývá v odborné literatuře používán ne zcela přesný termín, tzv. „senilní“ třes. Vyskytuje se ve starších věkových kategoriích. Třes se projeví obvykle při statické zátěži či při pohybech, může však mít i složku klidovou. Třes bývá doprovázen i jinými příznaky, může se však snad vyskytovat i izolovaně. Původ tohoto typu třesu není jasné a mnozí lékaři mají vůči diagnóze senilního třesu zásadní výhrady a tvrdí, že se jedná o variantu akcentovaného fyziologického či esenciálního třesu.



Léčba je obvykle účinná pouze částečně. Je nutno individuálně zvážit léčebný přínos preparátů s anticholinergním efektem, benzodiazepinů či jiných léčiv. Vyhodné je podat léčebnou infuzní kúru na zlepšení prokrvení a výživy mozku.

## ZÁVĚR

Přesná diagnóza i léčba jednotlivých typů třesu je často obtížná. **Nejčastější diagnostické chyby a následné terapeutické**

**neúspěchy vznikají mylným dojmem mnohých lékařů, že původcem jakéhokoli třesu, který se manifestuje ve starším věku, je Parkinsonova nemoc. Opomíjena je diagnóza esenciálního třesu a pacienti s touto nemocí jsou často zbytečně léčeni léky s anticholinergním účinkem, které mohou mít při dlouhodobém podávání řadu vedlejších projevů.** Relativně málo bývají také zvažovány veškeré formy třesu u různých interních onemocnění

a při užívání mnoha léků. Vzhledem k tomu, že u jednotlivých typů třesu se úspěšné léčebné postupy liší, je nutno pacientovu diagnózu pečlivě zvažovat a trpělivě zkoušet jednotlivé léky v dostatečných dávkách. Navíc nelze odhlédnout od psychické složky – někdy již dobrý psychoterapeutický přístup zbaví pacienta úzkosti a strachu před neznámou nemocí a nemocný je pak schopen sám se s třesem vypořádat.

## Deprese u Parkinsonovy choroby z pohledu psychiatra

MUDr. Jiřina Kosová, Psychiatr

Deprese bývá jednou z nejčastějších psychiatrických komplikací přidružených k Parkinsonově chorobě. Její průměrný výskyt se v populaci nemocných pohybuje (podle různých autorů) kolem 40 % a je vyšší než u jiných onemocnění, která srovnatelným způsobem postihují normální činnost člověka. Z tohoto vysokého počtu asi polovina pacientů splňuje diagnostická kritéria pro tzv. velkou depresi, u druhé části jde o mírnější formy. V jedné velké americké studii bylo zjištěno, že roční incidence deprese (počet nových případů) u Parkinsonovy choroby činí 1,90 %, což je asi desetkrát více než u běžné populace.

Depresivní onemocnění u Parkinsonovy choroby má některé drobné příznakové zvláštnosti. Pro snazší orientaci bychom si ale měli nejprve ujasnit, co to vlastně deprese je. Jedná se o psychickou poruchu, která trvá déle a zasahuje hlouběji do na-

šeho konání než smutky, které nás běžně v životě provázejí. Vyznačuje se chorobně smutnou, pesimistickou náladou, která bývá nejhorší po ránu, pocity beznaděje, sebeobviňováním, nedostatkem zájmu a chyběním radosti z aktivit, jež normálně přinášejí uspokojení, ztrátou chuти k jídlu, hubnutí, poruchami spánku a častými myšlenkami na smrt, které mohou vést až k pokusu o sebevraždu. U pacientů s Parkinsonovou chorobou bývá (alespoň na počátku onemocnění) v popředí klinického obrazu spíše úzkostnost, rozlad, podrážděnost, rozhněvanost a pesimistický pohled do budoucnosti. Na druhou stranu méně časté jsou pocity viny, přidružené poruchy vnímání a myšlenkového obsahu (halucinace a bludy) a sebevražedné pokusy.

Deprese se může objevit kdykoli v průběhu Parkinsonovy choroby – jak na jejím počátku, tak i po několika letech neurologické

léčby. Nezřídka také předchází samotné poruchy hybnosti, nebo se řada počátečních příznaků obou onemocnění překrývá (polkles nálady a motivace, únava, zhoršení spánku, zpomalení řeči, pohybu, zácpa, výkyvy stavu během dne), což působí četné diagnostické komplikace. Pokud se již porucha nálady rozvine, mívá stabilnější průběh než „běžné“ deprese, a dobře reaguje na léčbu antidepresivy. Výjimku tvoří pacienti, u kterých jsou depresivní fáze těsně spjaty s „on-off“ periodami. Zde, jakoby v souhlase s aktuálním stavem hybnosti, nastupuje patologický smutek pouze v okamžiku „vypnutí“ (off).

Rada výzkumníků se zabývá otázkou, zda je deprese jedním z příznaků Parkinsonovy choroby, tedy její součástí, či zda vzniká druhotně – jako reakce naší psyché na potíže a omezení vyplývající ze základního onemocnění (popřípadě zda se nejdá

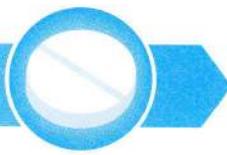


o vedlejší efekt léčby antiparkinsoniky). Zatím se většina z nich shoduje na možnosti spolupůsobení vnějších i vnitřních faktorů při rozvoji této komplikace. Z vnitřních – biologických příčin bývají nejčastěji zmínovány nedostatky v systémech, které pracují s dopaminem, serotoninem a noradrenalinem, tj. s chemickými látkami, které umožňují přenos informací mezi nervovými buňkami a které již jistě znáte z článků o mechanismech vzniku parkinsonských příznaků. Studie sledující některé charakteristiky depresivních pacientů při Parkinsonově chorobě se ve svých výsledcích značně různí. Taková rozporná zjištění jsou popisována například při posuzování vztahu deprese a aktuálního věku pacientů, trvání Parkinsonovy choroby, závažnosti parkinsonských příznaků, pohlaví a dalších sledovaných dat. Velmi zjednodušeně lze říci, že více ohroženy jsou ženy, mladší pacienti a ti, kteří mají depresivní onemocnění v anamnéze (osobní i rodinné). Tento vztah platí také obráceně – v rodinách, kde se vyskytla Parkinsonova choroba, bývá vyšší procento poruch nálady mezi příbuznými. Dále se častěji deprese vyskytuje tam, kde je převaha parkinsonských příznaků z oblasti rigidity (ztuhlosti), hypokineze (zhoršené pohyblivosti), poruch chůze a při převaze příznaků na pravé straně těla. Naopak u pacientů, kde výraz-

nější než jiné neurologické příznaky je třes, se deprese objevuje méně. Třikrát větší pravděpodobnost, že se rozvine velká depresivní porucha, je zmiňována v souvislosti s časným vznikem Parkinsonovy choroby (do 50. roku věku). U lehčích forem depresí takové rozdíly popisovány nejsou. Určité postižení myšlenkového procesu bývá mnoha autory považováno za varovný příznak předcházející vzniku deprese, a stejně tak popisují i zhoubný vliv deprese právě na myšlení, vyjadřování a poruchy paměti. Souvislost mezi depresí a nastupující pracovní neschopností či úrovní postižení denních činností se zdá být celkem jasná. Mnoho klinických a výzkumných pracovišť se po celém světě nadále věnuje hlubšímu poznávání deprese u Parkinsonovy choroby – jak z důvodů již výše zmíněných rozporů, tak pro rozšíření možnosti včasného rozpoznání této komplikace, neboť to je nejdůležitější předpoklad úspěšné a rychlé léčby. Rozhodující bývá informovanost pacienta i rodiny v těchto otázkách a jejich spolupráce s lékařem.

Na tomto místě bych chtěla zdůraznit, že depresivní onemocnění – vyskytující se při Parkinsonově chorobě – se dá běžně dostupnými terapeutickými prostředky kvalitně léčit a zvládnout. Dnes již máme k dispozici celou škálu léků (antidepresiv), ale i zaběhnuté a osvědčené psychotera-

peutické postupy – hlavně z oblasti tzv. kognitivně-behaviorální terapie. Léčebný efekt však zpravidla nastupuje nejdříve po 14 dnech a u některých depresivních pacientů až po měsíci intenzivní terapie, proto trpělivý přístup pacienta, terapeutů a rodiny je základním a nutným předpokladem úspěchu. Zvláště rodinní příslušníci by se měli vyvarovat některých chybných postojů k pacientovi, které mohou nevědomě a nechtěně zhoršovat jeho depresi. Mezi takové nejčastější patří určité zlehčování stavu, přičítání potíží lenosti, neochotě, úniku od povinností a následné obviňování nemocného, že se nesnaží, nic nedělá, neumí se „vzmužit“. Nejnebezpečnější je podceňovat zmínky o ukončení života, o sebevraždě. Depresivní člověk potřebuje hlavně porozumění, citovou podporu rodiny a odbornou pomoc! Proto pokud na sobě (nebo na někom blízkém) budete pozorovat změnu nálady, úzkost, poruchy spánku a chuti k jídlu, ztrátu zájmu a pokles aktivity trvající déle než týden, upozorněte svého lékaře, popřípadě se poradte rovnou s psychiatrem. Zbytečné váhání a ostých nejsou namístě, stav se může rychle zhoršit a léčba zkomplikovat. Čím dříve přijdete, tím dříve Vám budeme moci ulevit a účinně pomoci. Neboť deprese je nemoc, která se opravdu dá léčit!



# Léčba ortostatické hypotenze

As. MUDr. Petr Kaňovský, neurolog

**O**rtostatická hypotenze je poměrně častý problém pacientů jak s idiopatickou Parkinsonovou chorobou (IPD), tak i pacientů trpících jinými parkinsonskými syndromy.

Ortostatickou hypotenzi vlastně rozumíme stav, kdy při změně polohy těla nebo při dlouhotrvající vertikální poloze těla dochází k poklesu krevního tlaku, který může vyvolat tomu odpovídající příznaky. Patrně téměř každý člověk – i zdravý – nejméně jednou v životě poznal stav, kdy při náhlé změně polohy těla z leže (většinou po déletrvajícím ležení) do stoje pocítí lehkou závrať (tzv. „motání hlavy“), nejistotu ve stoji, měl pocit tzv. „jiskření před očima“ a musel ihned usednout nebo ulehknout. Po malé chvíli vleže tyto příznaky opět mizí. U těžších případů ortostatické hypotenze, většinou tedy u pacientů, u nichž je ortostatická hypotenze součástí klinického obrazu nemoci, může dojít až ke kolapsu s bezvědomím, snížením tepové frekvence (bradykarpii), a výjimečně i s fatálním výstěním, pokud kompenzační mechanismy nejsou dostatečné. Popsané příznaky jsou vyvolávány – jednoduše řečeno – sníženým přítokem krve do mozku. Přičin tohoto stavu může být několik. Nejběžnější – právě výše popsána – je chvilková porucha řízení napětí cévní stěny u jinak zdravých osob, kdy se nestací upravit poměry v cévním řečišti a tzv. perfuzní (průtokový) tlak krve v mozku v důsledku toho poklesne. Další příčinou může být trvalé snížení průtoku krve tepnami, které vyživují mozek, způsobené jejich zúžením arteriosklerózou. Tento stav je nejčastější příčinou popsaných potíží

u starých lidí, kteří jinak žádnou jinou chorobou centrálního nervstva nemusí zjevně trpět.

U pacientů s idiopatickou Parkinsonovou chorobou a u pacientů trpících jinými parkinsonskými syndromy jde o stav poměrně častý. U pacientů s IPD je stav způsobován nefunkčním řízením autonomního nervstva. Jde o tu část nervového systému, která (mimo jiné) reguluje zažívání, vyměšování, srdeční akci, dýchání, a také napětí stěn cév a tím vlastně krevní tlak. U pacientů s IPD tato porucha řízení působí – z nejznámějších příznaků – zvýšenou potivost a zácpu, a právě také ortostatickou hypotenzi. Ta sama je způsobena defektním řízením inervace vazopresorů, tj. receptorů, které řídí kontrakci svalstva v cévních stěnách a tím napomáhají udržování normálního krevního tlaku. Výsledkem je pokles tzv. perfuzního (průtokového) tlaku krve v mozku v poloze pacienta vstoje. K tomuto efektu samozřejmě přispívá i nedostatečný tlak svalů na končetinové žily, což vede ke snížení tzv. žilního návratu. Nedostatečný tlak svalů je způsoben svalovou ztuhlostí, která je u IPD velmi běžná.

U pacientů trpících jinými neurodegenerativními chorobami, které se projevují parkinsonským syndromem, je ortostatická hypotenze také poměrně častým jevem. Nejčastěji se objevuje u pacientů s multisystémovou atrofií, dále u pacientů s progressivní supranukleární paralýzou a u pacientů s parkinsonským syndromem jako projevem mozkové arteriosklerózy. U pacientů s MSA se může vyvinout až do obrazu tzv. Shy-Draegerova syndromu, kdy projevy velmi zá-

važné ortostatické hypotenze dokonce dominují v klinickém obrazu.

Před zahájením léčby je potřeba nejprve poruchu ozřejmit a odlišit od podobných stavů, které mohou mít jinou příčinu. K tomu slouží řada klinických testů, ať již je to opakování měření krevního tlaku nebo specializované testy (Schellongův test, tilt-table test, variabilita intervalu R-R v EKG záznamu apod.) Ty ukáží, zda je porucha skutečně předpokládaného původu, a určí také její závažnost. Kritérií pro diagnózu ortostatické hypotenze je u každého testu řada. Nejběžněji se v klinické praxi používá měření krevního tlaku vleže a vstoje. Jaké kritérium diagnózy ortostatické hypotenze se nejčastěji používá kritérium podle Thomase. Při tomto testu pacient leží ve vodorovné poloze a je mu měřen TK a tepová frekvence. Po pětiminutovém ležení se pacient postaví a jsou ihned změřeny tytéž hodnoty vstoje. Za projev ortostatické hypotenze je považován pokles systolického tlaku o 30 mm Hg a diastolického o 15 mm Hg, spolu se vzestupem tepové frekvence o 15 tepů za minutu. U pacientů s idiopatickou Parkinsonovou chorobou komplikuje potíže s ortostatickou hypotenzi navíc ještě léčba levodopou. Levodopa totiž dokáže sama o sobě ortostatickou hypotenzi navodit, takže se mnohdy setkáváme s pacienty, jejichž problémy v tomto směru se po nasazení levodopy ještě zvýrazní. Mnohdy je také obtížné rozlišit potíže působené onemocněním samotným a právě léčbou levodopou. Bohužel, ve většině takových případů levodopa působí blahodarně na jiné parkinsonské poru-

chy, a proto pacient jen velmi neochotně přistupuje na jakákoli ujednání ohledně terapeutické manipulace s levodopou.

Z dosud uvedeného logicky vyplývá, že terapie ortostatické hypotenze v rámci uvedených onemocnění je více než svízelná. Neexistuje v současné době medikament, který by kompletně dokázal pacientovy problémy řešit. Nejdůležitějším terapeutickým opatřením z tohoto pohledu se potom jeví prevence, tj. snaha pacienta vyhnout se situacím, jež jsou pro vznik ortostatické hypotenze rizikové. Pacient musí být poučen o nutnosti opatrného vstávání a vůbec opatrné změny polohy těla, musí být poučen o nevhodnosti dlouhodobého stání, zejména v dusném prostředí nebo horku, o nebezpečí předklonu a podobně. Zejména je nutné zdůraznit v tomto kontextu riziko, které ortostatická hypotenze navozuje v situacích, jako je řízení automobilu, pohyb na vyvýšených místech, manipulace s horkými tekutinami a podobně. Jako vhodná opatření lze doporučit bandáže dolních končetin pružnými obinadly a vyšší příjem tekutin.

Medikamentózně lze, jak již bylo výše řečeno, zasáhnout pouze omezeně. Pacientům s idiopatickou Parkinsonovou chorobou,

u nichž situaci zhoršuje trvalá dopaminergní léčba (levodopa), lze pomocí podáváním léku domperidonu, který je u nás dostupný jako preparát Motilium® Janssen. Ač podáván hlavně jako lék, který zabraňuje nevolnostem navozeným požíváním levodopy nebo injekcemi apomorfínu, z dosud ne zcela objasněných důvodů zmírňuje u takto léčených pacientů i příznaky ortostatické hypotenze (jako možné vysvětlení se nabízí hypotéza o blokádě dopaminových receptorů cévní stěny a dopaminergních baroreceptorů). Běžně se podává v dávce 30 mg denně a je velmi dobře snášen.

Klasicky je k léčbě ortostatické hypotenze používán lék ze skupiny tzv. sympathomimetik, tj. léků, které navozují zvýšené napětí cévní stěny. Tím dochází ke zvýšení systémového krevního tlaku, a tak vlastně k mírnění projevů ortostatické hypotenze. U nás je podáván nejčastěji midodrin, dostupný ve formě preparátu Gutron Linz Chemie v kapkách nebo tabletách. Preparát je velmi dobře snášen, jeho podávání je však omezeno na ty nemocné, u kterých nebyla nikdy zjištěna hypertenze, byť jen přechodná. Běžná denní dávka je kolem 0,3–0,4 mg, a léčba by skutečně měla být vyhrazena pro ty pacienty, u kterých se ortostatická hypotenze projevuje velmi těžce a vážně je ohrožuje. Na závěr je vhodné uvést, že prvním předpokladem účinné pomoci pacientovi je včasná diagnóza ortostatické hypotenze. Proto také dotaz na její projevy při prvním rozhovoru s pacientem s parkinsonskými obtížemi by měl být stejně samozřejmý jako dotaz na potíže s třesem.

stupeň je léčba hydroxyamfetaminem (Pedrolon® Galena), což je léčivo, které má svým účinkem také navodit zvýšení systémového krevního tlaku. Je nutno zde uvést, že efekt léčby bývá málokdy výrazný. Denní dávka je velmi individuální.

Posledním způsobem, jak ovlivnit ortostatickou hypotenzi, je zvýšení množství krve v cévách, jehož důsledkem je potom také zvýšení systémového krevního tlaku. K tomuto účelu se u těžších případů ortostatické hypotenze používají vysoce účinné deriváty kortikosteroidů, nejčastěji fludrocortison (Fludrocortison® Bristol Arzneimittel), podávaný v tabletách. Při této léčbě je obzvláště nutné sledovat hladiny minerálů v pacientově séru a pravidelně kontrolovat jaterní funkce. Běžná denní dávka je kolem 0,3–0,4 mg, a léčba by skutečně měla být vyhrazena pro ty pacienty, u kterých se ortostatická hypotenze projevuje velmi těžce a vážně je ohrožuje. Na závěr je vhodné uvést, že prvním předpokladem účinné pomoci pacientovi je včasná diagnóza ortostatické hypotenze. Proto také dotaz na její projevy při prvním rozhovoru s pacientem s parkinsonskými obtížemi by měl být stejně samozřejmý jako dotaz na potíže s třesem.

## Perspektivy léčby Parkinsonovy choroby

Prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc., neurolog

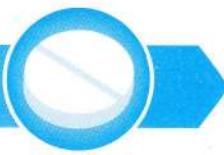
**R**eferovat o perspektivách léčby Parkinsonovy nemoci může být úkolem snadným, ale i obtížným. Na jedné straně existuje velké množství materiálů, které pečlivě produkují různé farmaceutické firmy. Na druhé straně je nelehké ověřit si, které z takto sdělovaných výsledků jsou

opravdu perspektivní. Vzhledem k tomu, že jasné vyjádření, jak bude vypadat budoucnost, je doménou jasnovidců, předkládám zde spíše pokus o kritický přehled toho, co se dnes jako perspektivní prezentuje.

O léčbě Parkinsonovy nemoci vyšlo na stránkách tohoto časo-

pisu již několik článků a vycházejí další, proto nebudu muset vysvětlovat základní pojmy. V textu budeme pro dopamin nebo dopaminergní používat zkratku DA.

Léčbu Parkinsonovy choroby lze rozdělit dle následujícího schématu (tabulka 1).



**Tabulka 1** Terapie Parkinsonovy choroby

**A. Působící na dopaminergní systém (dále DA):**

1. Prekursor DA (z něhož vzniká dopamin): levodopa
2. Agonisté DA receptorů (léky s vazbou na vazební místa dopamINU v mozku, které mají účinek podobný jako levodopa)
3. Léky brzdící odbourávání DA:
  - a) inhibitory MAO: selegilin
  - b) inhibitory COMT: tolcapon, entecapon

**B. Působící na cholinergní systém – anticholinergika**

**C. Působící na excitační aminokyseliny: amantadin**

**D. Chirurgická terapie**

**E. Neuroprotektiva**

**F. Adjuvantní (přídatná) terapie**

1. dalších příznaků Parkinsonovy choroby
2. nežádoucích účinků léčby

**G. Rehabilitace**

Rozdělíme-li současnou léčbu Parkinsonovy choroby dle schématu uvedeného v tabulce 1, můžeme konstatovat, že: pokrok je velmi pravděpodobný v celém sektoru **ad A** (léky působící na dopaminergní systém); v sektoru **ad B** (anticholinergika) t.č. není patrný významný rozvoj; **ad C** (léky působící na excitační aminokyseliny) má potenciál dalšího rozvoje;

**ad D** (chirurgie) je t.č. ve fázi vyhodnocování nedávného pokroku;

**ad E** (neuroprotekce, tedy ochrana nervových buněk před zánikem) je jistě nejdůležitější, ale i nejspornější oblastí, kde probíhá intenzivní výzkum;

**ad F** (pomocná terapie) lze očekávat řadu dílčích zlepšení, např. při léčbě zácpy, poklesu tlaku, depresí;

**ad G** (rehabilitace) je oblastí,

kde je co dohánět zejména v aplikaci známých poznatků na všechny potřebné pacienty. V tomto přehledu se budeme věnovat bodům A, C a E.

### **NOVÉ POSTUPY V DOPAMINERGNÍ TERAPII**

Základním problémem dopaminergní terapie je dosažení rovnoramenné hladiny dopamINU, resp. dopaminergní aktivity v průběhu dne. Současný způsob podávání léků vede k více nebo méně výraznému kolísání, které po určité době spolupůsobí při vzniku známých komplikací léčby. Ten-to problém se netýká pouze řízení hybnosti, ale pravděpodobně i jiných dopaminergních struktur. S kolísáním hladiny dopamINU zřejmě souvisí také vznik některých psychických příznaků, jako jsou halucinace. Cesta k dosa-

žení a udržení stálé hladiny levodopy, resp. dopaminergní aktivity, vede přes nové aplikační cesty i nové léky.

### **FARMAKOLOGICKÝ POKROK – NOVÉ CESTY**

Pozornost je věnována zlepšení vstřebávání léků. Na trhu jsou již rozpustné formy levodopy. Zkouší se možnosti nitrožilního příslunu levodopy. Podkožní aplikace prostřednictvím trvalé infuzní pumpy (konkrétně apomorfinu) byla již zahájena v Brně a v Praze. Zprávy o podkožně podávaném lisuridu přicházejí z Itálie. Testuje se aplikace na kůži pomocí náplastí, zkoušen byl selegilin.

Transplantace buněk produkujících žádaný produkt, tedy dopamin, je používána na několika pracovištích, avšak jde o metodu velmi náročnou. Nelze předpokládat, že bude přístupná všem, anebo alespoň mnoha indikovaným nemocným. Nadějí do budoucna je transplantace geneticky manipulovaných buněk, ať již produkujících dopamin, trofické faktory, či jiné látky (tabulka 2). Existují v zásadě dvě cesty genové terapie: *in vivo* a *ex vivo*. Pokročilejší je t.č. výzkum cesty *in vivo*, kdy žádaný gen – po selekci a očištění – je vpraven do upraveného viru (virového vektoru) a ten je vpraven do cílové struktury v mozku příjemce. Experimentálně byl tak s úspěchem vpraven do mozku gen odpovídající za tvorbu enzymu, který se podílí na produkci dopamINU.

Při způsobu *ex vivo* je virus se změněnou genovou informací vpraven do jiných buňek, pocházejících např. z prasečí pojivo-vové tkáně, a ty jsou pak chirurgicky implantovány do cílové struktury v mozku experimentálního zvířete.

Obě cesty mají svá rizika, takže zavedení genové terapie do klinické praxe není zřejmě otázkou bezprostřední budoucnosti. V del-

**Tabulka 2** Možnosti genové terapie

Náhrada defektního genu

Produkce látky chránící nervové buňky

Produkce látky obnovující činnost postižených buněk

Produkce transmítéra – DA

Produkce enzymu, který se účastní tvorby DA

**Cesty:**

*in vivo*: selekce genu – virový vektor – CNS

*ex vivo*: selekce genu – virový vektor – jiná buňka – CNS



ším časovém horizontu jde ovšem o metody velmi perspektivní.

## FARMAKOLOGICKÝ POKROK – NOVÉ LÉKY

Při diskusi o nových lécích si musíme uvědomit, že se často předpokládají různé mechanismy účinků. Vedle nových variant již zavedených léků (např. agonistů) se hledají i zcela nové terapeutické postupy s netradičními účinky. Příkladem jsou pokusy ovlivnit funkci dopaminergního systému nepřímo, působením na systémy jiných chemických přenašečů informací v nervovém systému. Jedna z prozkoumávaných cest je ovlivnění tzv. serotoninergního systému, ale také se vážně uvažuje o ovlivnění některých opiatových systémů, které působí jako přenašeče informací (neurotransmitery). Objevují se rovněž nové kombinace několika léků, např. levodopa s inhibitorem dekarboxylázy + inhibitor MAO + inhibitor COMT. Lze se ovšem obávat, že kombinace povedou ke kumulaci nejen léčebných, ale i nežádoucích účinků.

### AGONISTÉ DOPAMINOVÝCH RECEPTORŮ

Patrně největší nabídka nových léků se týká dopaminových agonistů (léků s vazbou na vazebná místa mozku, které mají účinek podobný levodopě, avšak jsou slabší). V časně fázi onemocnění je výhodnější podávat dopaminové agonisty než levodopu, později se s ní kombinují. O výhodách i nevýhodách podávání dopaminových agonistů bude pojednáno v tomto časopise v samostatném článku. Hledají se agonisté s lepšími vlastnostmi, než mají ty, které jsou k dispozici – u nás zejména Mysalfon®, Ly-senyl®, Parlodel® – jsou již na trhu látky, jejichž hlavní výhodou je prodloužená doba účinku. Omezení nežádoucích účinků se oče-

**Tabulka 3 Noví agonisté DA receptorů**

Selektivnější vazba na DA, prodloužený účinek, méně nežádoucích účinků <b>Ergolinové</b> – pergolid, cabergolin, DH-ergocryptin <b>Non-ergolinové</b> – ropinirol, pramipexol
---

**Tabulka 4 Inhibice (brzdění) odbourávání DA**

Inhibitory MAO typu B – selegilin Inhibitory COMT periferní – entecapon centrální a periferní – tolcapon
--

kává zejména díky přesnější (selektyvnější) vazbě na ta vazebná místa, která jsou výhodná u Parkinsonovy choroby (*tabulka 3*).

V *tabulce 3* jsou uvedeny léky, které jsou již na trhu (i když ne všechny u nás). Ve výzkumu je řada dalších agonistů, takže lze očekávat zavedení nových léků. Výrobci agonistů DA receptorů se snaží prokázat, že molekuly těchto látek působí neuroprotektivně. Agonisté DA receptorů skutečně v některých testech zvyšují počet buněk přežívajících v buněčných kulturách exponovaných látkám, které by je měly poškozovat. Neuroprotektivní efekty byly pozorovány také na experimentálních zvířatech, avšak obvykle za okolností, které jsou velice odlišné od vzniku Parkinsonovy choroby u člověka. V současné době nelze považovat neuroprotektivní efekt agonistů u člověka za prokázaný.

### INHIBITORY ODBOURÁVÁNÍ

Další cestou ke zvýšení dopaminergního efektu je snížení odbourávání dopaminu, resp. levodopy (*tabulka 4*).

Dvě cesty odbourávání dopaminu jsou katalyzovány enzymy monoaminoxidázou (MAO) a katechol-ortho-metyltransferázu (COMT). Inhibitory MAO (selegilin, u nás je k dispozici Jumex®, Nyar®, Sepatrem®) jsou

dobře známé a o jejich dlouhodobých nežádoucích účincích a neuroprotektivním efektu se v současnosti vedou intenzivní diskuse. Novými léky jsou inhibitory COMT. Entecapon zvyšuje hladinu dopaminu po podání levodopy, avšak je zřejmě slabší než tolcapon. K dosažení účinné hladiny entecapoutu je třeba podávat jej každé 3 hodiny, tolcapon lze podávat v osmihodinových intervalech. U tolcaponu se předpokládá také centrální účinek, ale o tom není zatím dostatek informací. Podávání tolcaponu (Tasmar®) vybraným pacientům bylo již zahájeno v Brně i v Praze.

### PŘÍPRAVKY PŮSOBÍCÍ NA EXCITAČNÍ AMINOKYSELINY

Excitační aminokyseliny jsou přenašeči (transmitery) mající vzrušivou funkci a při zvýšení aktivity pravděpodobně poškozují buňky mozku. Navíc je u Parkinsonovy choroby zvýšena jejich aktivity nepřímo jako důsledek snížení dopaminergní aktivity. Jediným lékem působícím na excitační aminokyseliny, který se podává u Parkinsonovy choroby, je amantadin (Viregyt K®, PK-Merz®). Jak amantadin přesně působí, není známo. V jiných oblastech neurologie se však podávají také jiné účinné léky působící na excitační aminokyseliny a jejich využití u Parkinsonovy choroby bude jistě testováno.

**Tabulka 5** Trofické faktory: GDNF, BDNF

1. Posílení DA funkce
2. Ochrana přežívajících DA neuronů
3. Podpora plasticity

## NEUROPROTEKCE

Neuroprotekce je ochrana nervových buněk před patologickými procesy, tedy jde přímo o zásah do mechanismů, které jsou příčinou Parkinsonovy choroby. Do neuroprotekce jsou vkládány největší naděje. Jde o léčbu, která má čelit neurodegenerativním procesům. NEURODEGENERACI můžeme chápat jako vychýlení rovnováhy mezi faktory působícími růst a zánik určitých nervových buněk. Zatím není jas-

né, zda se podaří objevit jeden rozhodující neurodegenerativní faktor, anebo zda je neurodegenerace důsledkem souhry různých faktorů. Proto je jako neuroprotektivum navrhována pestrá skupina různých látek. O některých jsem se zmínil již výše. Nový, nadějný přístup tvoří trofické faktory (*tabulka 5*).

Trofické faktory snad působí nepřímou cestou posílení dopaminergní aktivity. Mechanismus jejich neuroprotektivního efektu je dvojí: produkce proteinu, který

zabrání další destrukci dopaminergních buněk, nebo produkce faktoru podporujícího plasticitu. Od trofických faktorů nelze očekávat vznik nových buněk, ale v rámci mozkové plasticity můžeme očekávat nová prorůstání zbývajících vláken se vznikem nových vazebných míst. Experimentálně bylo prokázáno bohatší větvení a růst vláken z přežívajících buněk a tím do určité míry nahrazena za již odumřelé neurony. Trofické faktory nejsou zatím zavedeny do klinické praxe, jedním z problémů je, že nepronikají bariérou mezi krevním oběhem a mozkem. Experimentálně je nejlepší cestou podávání přímo do mozkových komor. Hledání jiných cest, přijatelných také pro léčení lidí, je v současnosti předmětem výzkumu.

## Pohyb je život

Marcela Sekyrová, fyzioterapeut

**N**avazujeme na předchozí část, jež byla uveřejněna v minulém čísle našeho časopisu. Připomínáme! Cvičte v době, kdy se cítíte nejlépe. Všechny cviky si pozorně přečtěte, prohlédněte si obrázky a zapamatojte si je!

Před cvičením je vhodné načíchat se nevyčpělého octa. Provedete to tak, že se důkladně a zhluboka několikrát (4–5krát) nadechnete nosem (popřípadě i ústy) ze sklenice s octem a vydchnete ústy.

Na židli sedíme rovně, popřípadě se opřeme zadou o opěrku. Ruce máme buď volně podle těla, nebo položené na stehnech. Záleží na tom, odkud se vám bude pohyb nejlépe začít. Často po důrazném dotyk u ruky na stehně se pohyb lépe nastartuje. (*Obr. 1*).



Obr. 1

Začněte cvičit nejdříve tou končetinou, která je obratnější! Všechny cviky se snažte provádět s chutí, rázně, švíhem a s přesvědčením, že se vám vše podaří! V případě, že se vám pohyb nedáří zacvičit tak, jak jste si představovali, nepokračujte v něm. Začněte cvičit úplně jiný cvik a k tomuto cviku se vraťte později.

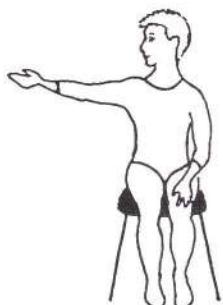
### Cviky pro horní končetiny a trup

1. Pravou nebo levou paží švihnete do vzpažení a podíváte se za rukou nahoru. Při pohybu zpět se podíváte na zem a ruku položíte na stehno nebo uvolníte paži podle těla. (*Obr. 2*).



Obr. 2

2. Jednou paží švihnete do upažení a podíváte se za rukou. Dlaň otočíte vzhůru. Pak vrátíte paži zpět a podíváte se před sebe. Totéž provedete druhou paží. (Obr. 3).



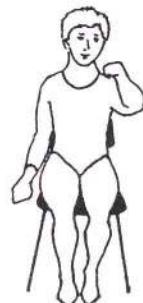
Obr. 3

3. Jednu paži necháte viset volně podél těla. K té samé straně se mírně nakloníte a budeťte paží švihat dopředu a dozadu, jako když máváte hadrem. Musíte se snažit mít co nejvíce uvolněné rameno. Můžete si přitom počítat „raz-dva“. Opakujete podle možnosti 5–7x. V případě, že se rozsah pohybu zmenší, přidejte na důraznost, a nebo ve cvičení tohoto cviku nepokračujte. (Obr. 4).



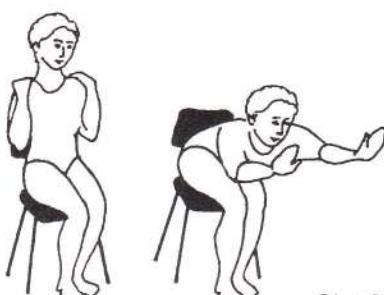
Obr. 4

4. Ohнетe oba lokty a prsty obou rukou položíte na ramena. Pak jednou rukou švihnete směrem k zemi a důkladně natáhněte loket. Ruku vrátíte zpět. Totéž zacvičíte druhou končetinou. (Obr. 5).



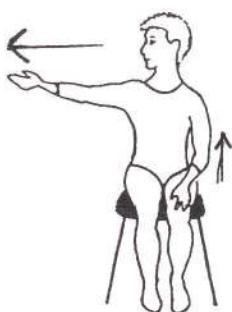
Obr. 5

se vrátíte do výchozí polohy a váhu těla přenesete vzad, ruce položíte na ramena a výdechnete. (Obr. 6).



Obr. 6

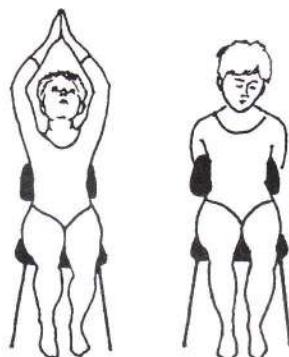
6. Obě ruce položíte na stehna. Pravou horní končetinou upažíte a snažíte se s ní dosáhnout co nejdále. Přenesete váhu těla na pravou polovinu páne. Vrátíte ruku zpět a totéž provedete vlevo. Toto zacvičíte velice pečlivě, protože v sedě na židli si můžete dostatečně uvědomit, jak se zatíží pravá nebo levá polovina těla. Jeden z vašich problémů, jak nastartovat chůzi, je neschopnost přenést váhu na jednu dolní končetinu a druhou uvolnit pro vykročení. Tento cvik vám napomůže zlepšit přenášení váhy i ve stoje. (Obr. 7).



Obr. 7

5. Obě ruce máte stále na ramenou. Pak obě paže natáhněte daleko před sebe a přenesete váhu trupu vpřed. Přitom se důkladně nadechnete. Poté

7. Oběma rukama tlesknete nad hlavou a podíváte se nahoru. Pak tlesknete za zády a podíváte se dolů. (Obr. 8).



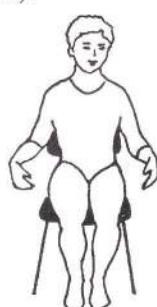
Obr. 8

8. Oběma rukama tlesknete křížem na ramena a pak paže natáhněte a důrazně tleskněte na stehna. (Obr. 9).



Obr. 9

9. Procvíčujte prsty a zápěstí. Třepejte zápěstím, rázně zavírejte a rozvírejte prsty. (Obr. 10).



Obr. 10

Příště budeme pokračovat cvičením dolních končetin a trupu. Ještě jednou připomínáme: cviky pečlivě nastudujte a zapamatujte si je. Učte se je po jednom, a to tak, že budete vnímat, kde se pohyb děje a jaký vnitřní pocit z něj máte. Teprve pak oceníte kladné účinky pohybové terapie.



## Parkinsonova nemoc u Adolfa Hitlera

MUDr. Hana Hortová, MUDr. Hana Streitová, MUDr. Martin Bareš

Již v minulosti byla Parkinsonova choroba diagnostikována u několika známých osobností. Na těchto stránkách bychom vás rádi provedli dějinami a poukázali na některé významné osobnosti, u kterých se objevila Parkinsonova choroba. Dnes bude v centru zájmu postava Adolfa Hitlera. Co víme o Adolfovi Hitlerovi a kdy se u něho objevily příznaky choroby?

Adolf Hitler se narodil 20. dubna 1889 jako syn rakouského celního úředníka v Braunau na Innu. V roce 1905 ukončil studium na reálce v Linci. V roce 1907 se přestěhoval do Vídně, kde se živil malováním. Již v této době se formovaly jeho fašistické a antisemitské názory. V I. světové válce bojoval jako dobrovolník. Několikrát byl raněn. Na politické pódium se dostává až po I. světové válce.

V roce 1920 Adolf Hitler vstoupil do Německé dělnické strany (DAP, později známé jako NSDAP) a brzy se stal jejím předním mluvčím. V roce 1921 se zmocnil vedení této strany. Dne 9. 11. 1923 vyhlásil v Mnichově národní revoluci a plánoval pochod na Berlín. Pokus o puč se však nezdařil. NSDAP byla zakázána a Hitler odsouzen k pěti letům vězení. Nakonec strávil ve vězení jen rok a napsal tam knihu „Mein Kampf“. Po svém propuštění opět zorganizoval NSDAP. Dne 2. 8. 1934 se stal Adolf Hitler říšským prezidentem.

Hospodářské kroky Hitlerovy vlády se orientovaly na zbrojení. Vše směřovalo k rozpoutání jedné z nejstrašnějších válek v dějinách lidstva.

Na Adolfa Hitlera bylo uskutečněno celkem 35 neúspěšných atentátů. Nejlépe propracovaný byl zřejmě pokus z 20. 7. 1944. Při výbuchu bomby v Hitlerově hlavním stanu – tzv. Vlčím doupeťi ve Východním Prusku – utrpěl vůdce pouze lehká zranění. Konec Adolfa Hitlera je spojován s datem 30. 4. 1945. Hitler spáchal sebevraždu a vyhnul se tak zodpovědnosti za zločiny spáchané ve jménu Německa. Spolu s ním si vzala život i Eva Braunová, se kterou se Adolf Hitler předchozího dne oženil.

Adolf Hitler trpěl v posledních letech života kolísavou hypertenzí a pokročilou koronární sklerózou. Je známa i skutečnost, že v roce 1932 prodělal epileptický paroxysmus s křečemi končetin. V roce 1944 se u něho projevoval postkomoční syndrom jako následek atentátu (20. 7. 1944). Nejzajímavějšími jsou však zprávy o Hitlerově parkinsonismu. Etiologicky nelze jednoznačně rozhodnout, zda se jednalo o idiopatickou Parkinsonovu chorobu nebo o postencefalitický parkinsonismus. Postencefalitic-kým parkinsonismem rozumíme pozánetlivě vzniklé projevy parkinsonismu. Pro tuto etiologii svědčí jen údaj o bolestech hlavy a chřipce v roce 1942. Žádné jiné důkazy však neexistují, a můžeme tedy konstatovat, že tato příčina je málo pravděpodobná.

O tom, že Adolf Hitler trpěl Parkinsonovou chorobou, nás přesvědčují údaje lékařů, kteří ho ošetřovali, a filmová dokumentace.

Ojedinělá reference o levostranném třesu klidového charakteru pochází již z roku 1923. Jednalo se o tremor levé horní končetiny. Častěji se však počátek onemocnění klade do roku 1933. V této době bylo Hitlerovi již 44 let.

Při veřejných řečnických vystoupeních v letech 1929–1932 pohyboval Adolf Hitler pažemi oboustranně. V roce 1933–1934 si již můžeme všimnout, že levá horní končetina visela pasivně podél těla, zatímco pravá byla výrazně aktivní. V roce 1934 je již na filmových záběrech zdokumentován klidový třes levé horní končetiny. V posledním roce jeho života byl již třes na levé horní končetině velmi výrazný.

Parkinsonská symptomatologie Hitlera fyzicky výrazněji neomezovala. Existují však domněnky, že vědomí vlastního onemocnění a jeho progrese způsobily mnohem dřívější vstup do války, než by odpovídalo připravenosti průmyslu a vojenské kapacitě.



# Státní sociální péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí

As. MUDr. Irena Rektorová

**P**ůvodním mým cílem bylo doplnit v tomto článku kapitolu „Mimořádné výhody“, která se objevila ve 2. čísle časopisu Parkinson. Postupně jsem však byla proti své vůli vtažena do světa zákonů a vyhlášek a na základě obětavé pomoci odborníků, s nimiž jsem tuto problematiku konzultovala, jsem se rozhodla podat jakýsi výčet platných zákonů a vyhlášek zabývajících se státní sociální podporou podloženou zdravotním stavem občana. Navíc jsem se snažila vybrat a event. okomentovat to, co se přímo týká pacientů trpících Parkinsonovou nemocí. Ráda bych jednak podala správnou informaci, jednak „vyburcovala“ Společnost Parkinson k aktivnímu přístupu při zrodu nových zákonů týkajících se státní sociální péče. Nutnost spolupráce s lékařskou odbornou veřejností a potřeba její pomoci je zřejmá.

V plánech do budoucna se počítá se čtyřmi pilíři státní sociální péče:

1. **Zákon č. 155 v platném znění – o důchodovém pojistění**
2. **Zákon č. 117 v platném znění – o státní sociální podpoře**
3. **Zákon v připomínkovém řízení – o státní sociální pomoci**, bude se zabývat speciálními dávkami sociálního zabezpečení pro zdravotně postižené občany, v současné době probíhá připomínkové řízení čtvrté verze tohoto zákona.
4. **Zákon v přípravě** – není ještě v návrhu, měl by řešit všechny ostatní dávky sociálního zabezpečení.

## Zákony a vyhlášky platné v současnosti

**1. Zákon č. 155 v platném znění:** vyhláška 284/95 Sb. ve znění vyhlášky 157/1997 Sb. provádí zákon o důchodovém pojistění. Parkinsonova nemoc je zařazena do kapitoly č. VI: Nervový systém. Je rozdělena do tří skupin z hlediska závažnosti zdravotního postižení.

### PARKINSONOVÁ NEMOC

- a) Lehcí formy: ojedinělé mimovolní pohyby, občasné blokády hybnosti – není nárok na invalidní důchod.
- b) Středně těžké formy: pacienti v této skupině mohou získat částečný invalidní důchod (CID).
- c) Těžké formy: s trvalým tremorem, rigiditou a bradykinezí – pacienti v této skupině mohou získat plný invalidní důchod (ID).

Zařazení do skupiny a, b, c provádí posudkový lékař. Na základě žádosti pak městská (okresní) správa sociálního zabezpečení vypočítá výši důchodu a ten pak vyplácí.

**2. Zákon č. 133/1997 Sb.** – tímto zákonem byla novelizována část zákona č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a změněn zákon České národní rady č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, ve znění pozdějších předpisů. Změna se týká hlavně bezmocných poživateli důchodů a nabyla účinnosti dnem 26. června 1997. Dále se upravuje příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu.

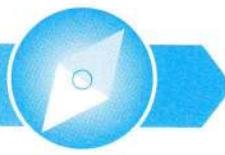
Stupeň bezmocnosti se hodnotí

podle: schopnosti pohybovat se kolem lůžka, najít se, napít se, podle způsobu podávání léků, schopnosti provádět hygienické úkony (klozet, koupání ve vaně, stříhání nehtů atd.), schopnosti otevřít nebo zavřít okno, dveře, pohybovat se po rovině, v terénu, po schodech (soběstačný, o holi, s dopomocí...), schopnosti rozumět a dorozumět se.

Podle těchto kritérií je pacient posuzován jako částečně bezmocný (potřebuje pomoc a ošetření při některých životních úkonech), převážně bezmocný (potřebuje pomoc a ošetření při HLAVNÍCH životních úkonech, tj. jídlo, oblečení, hygiena), úplně bezmocný (potřebuje pomoc a ošetření při VŠECH životních úkonech).

Podle kategorie, do které je pacient zařazen (u Parkinsonovy nemoci většinou částečně event. převážně bezmocný), vyplácí správa sociálního zabezpečení sociální dávky pro bezmocnost.

Částka zvýšení důchodu pro bezmocnost se nově váže na částku, která se podle zákona o životním minimu považuje za potřebnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb jedince (při částečné bezmocnosti 20 %, při převážné bezmocnosti 40 % a při úplné bezmocnosti 75 % životního minima, od července 97 tedy činí zvýšení důchodu pro jednotlivé stupně bezmocnosti 404 Kč, 808 Kč a 1 515 Kč). Zavedla se pravidelná valorizace částek zvýšení důchodu pro bezmocnost v závislosti na valorizaci částek životního minima. Byla zrušena nejvyšší výměra, kterou podle dřívějších předpisů nemohl úhrn důchodu a zvýšení dů-



chodu pro bezmocnost přesáhnout. Částku vyplácí městská/okresní správa sociálního zabezpečení.

Příspěvek při péci o blízkou nebo jinou osobu náleží občanovi pečujícímu osobně, celodenně a rádně o blízkou osobu, která je a) převážně nebo úplně bezmocná, b) starší 80 let a je částečně bezmocná, nebo c) starší 80 let a podle vyjádření ošetrujícího lékaře potřebuje péci jiné osoby, jestliže jeho příjem (stanovený v zákoně o životním minimu) vyplácený v kalendářním měsíci nedosahuje 1,6násobku částky na osobní potřeby, pečeji-li o jednu takovou osobu, nebo 2,75 násobku částky, pečeji-li o dvě nebo více takových osob. Příspěvek náleží též občanovi, který pečeje o jinou než blízkou osobu, pokud spolu žijí ve společné domácnosti. Měsíční peněžitý příspěvek se rovná výši rozdílu mezi příjmem tohoto občana v kalendářním měsíci a 1,6násobkem částky na osobní potřeby, pečeji-li o jednu osobu, event. 2,7násobkem této částky, pečeji-li o dvě nebo více osob. Příspěvek vyplácí sociální referát okresních úřadů.

**3. Zákon č. 117 o státní sociální podpoře:** vyhláška 207/95 Sb. ve znění vyhlášky 156/97 Sb. provádí zákon 117/95 Sb. v platném znění. Pacient trpící Parkinsonovou nemocí má právo žádat o dávky státní sociální podpory dle kapitoly 2 této vyhlášky. Podpora je podložena zdravotním stavem pacienta. Mezi tyto dávky patří především sociální příplatek, dále příspěvek na bydlení a na dopravu. Dávky vyplácí sociální referát okresních úřadů.

**4. Příloha č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb. v platném znění** (vyhl. 264/96 platná od 1. 11. 1996): zdravotní postižení odůvodňující poskytování mimořádných výhod. Parkinsonova nemoc NENÍ v této příloze výběc

uvědena. Funkční postižení, pokud podstatně omezuje pohybovou nebo orientační schopnost, mohou posudkoví lékaři porovnat s indikacemi uvedenými v bodech 1–3. Konkrétně u PN pak praxe vypadá následovně:

**1. Mimořádné výhody 1. stupně (průkaz TP):** zdravotní postižení srovnatelné se záchvatovým onemocněním spojeným se ztrátou vědomí dostavující se alespoň několikrát měsíčně (pod písmenem ch).

**2. Mimořádné výhody 2. stupně (průkaz ZTP):** zdravotní postižení srovnatelné s těžší funkčně významnou parézou (ochrnutím) dvou končetin (pod písmenem d).

**3. Mimořádné výhody 3. stupně (průkaz ZTP/P)** – zdravotní postižení srovnatelné s trvalým nebo dlouhodobě těžkým multiorgánovým selháváním, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti občana (pod písmenem f) – v praxi pouze u pacienta upoutaného trvale na lůžko. Průkaz ZTP/P může být výjimečně přiznán, jestliže je objektivně prokázána trvalá nutnost cestování s průvodcem. Na základě přiznání mimořádných výhod 2. a 3. stupně, event. požívatelem zvýšeného důchodu pro bezmocnost, mohou poskytovat okresní úřady **jednorázové dávky, příspěvky na pomůcky, které umožňují sebeobsluhu, samostatný pohyb nebo zachování zdravotního stavu, popř. na pomůcky na přípravu a realizaci pracovního uplatnění**, pakliže tyto nejsou hrazeny jiným způsobem (např. pojištěnou). Výše příspěvku umožňuje opatření pomůcky v základním provedení, které občanovi plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti. K dalším tzv. dobrovolným příspěvkům patří **příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na úhradu pojistného, příspěvek na topnou naftu a zakoupení topných těles a dalších spotřebiců, příspěvek na zřízení a změnu připoje-**

**ní telefonní účastnické stanice, příspěvek na provoz telefonní účastnické stanice, příspěvek na zvýšené výdaje související s trvalým používáním ortopedických, kompenzačních či jiných pomůcek** do výše 200 Kč měsíčně. Okresní úřady mají pravomoc vyplácet tyto dávky, avšak výše dávek je individuální, závisí na finanční situaci jednotlivých okresních úřadů.

• **Příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na úhradu pojistného zákonného pojištění:** těžce zdravotně postiženým občanům, kterým byly přiznány mimořádné výhody 2. stupně (s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou), nebo 3. stupně, kteří jsou držiteli motorových vozidel a používají vozidlo pro pravidelnou dopravu nebo dopravu manžela (manželky) nebo jiné blízké osoby, kterým byly přiznány mimořádné výhody 2. nebo 3. stupně. Pokud byly přiznány výhody oběma manželům, je možné poskytnout příspěvek oběma, pokud se vozidlo používá na jejich dopravu. Úhrada pojistného – 1x v kalendářním roce, max. ve výši, která odpovídá částce pojistného za osobní automobil o hmotnosti 3 500 kg se zdvihovým objemem válců 1 350 cm<sup>3</sup> (Škoda Favorit). Příspěvek na provoz motorového vozidla na období kalendářního pololetí: 3 500 Kč (mimořádné výhody 3. stupně) a 1 750 Kč (mimořádné výhody 2. stupně). Ujede-li občan ze závažných důvodů (doprava do zaměstnání nebo zdravotnického zařízení) více než 4 500 km za kalendářní pololetí, výše příspěvku v tomto pololetí se zvýší o 400 Kč (mimořádné výhody 3. stupně), a o 200 Kč (mimořádné výhody 2. stupně) za každých dalších započatých 500 km.

**Dálniční známka** je hrazena plně u občanů, jimž jsou přiznány mimořádné výhody 2. a 3. stupně.



- **Příspěvek na topnou naftu a zakoupení topných těles a dalších spotřebičů:** těžce zdravotně postiženým občanům a starým občanům, kteří jsou sociálně potřební, může obec poskytnout příspěvek na nákup topné nafty do výše 3 000 Kč ročně v případě, že mají zavedeno vytápění bytu naftou a vzhledem k vyššímu věku nebo zdravotnímu stavu není možné požadovat, aby přešli na jiný způsob vytápění bytu. Občanům, jimž věk nebo zdravotní stav umožňuje, aby si obstarali jiný způsob vytápění bytu, může obec poskytnout jednorázový peněžitý příspěvek na zakoupení topných těles do výše 2 500 Kč.
- **Příspěvek na zřízení a změnu připojení telefonní účastnické stanice:** sociálně potřebným těžce zdravotně postiženým občanům, kterým byly poskytnuty mimorádné výhody 3. stupně, může obec poskytnout:
  - a) příspěvek na zřízení účastnické telefonní stanice až do výše 1 000 Kč,
  - b) příspěvek při přeměně jejich účastnické stanice se skupino-

vým připojením na stanice se samostatným nebo podvojným připojením až do výše 1 000 Kč.

- **Příspěvek na provoz telefonní účastnické stanice:** sociálně potřebným těžce zdravotně postiženým občanům nebo občanům starším 70 let, kteří žijí osaměle, mohou pověřené obecní úřady poskytnout příspěvek do výše plné úhrady základní měsíční sazby za používání telefonní stanice.

**5. Příloha č. 5 k vyhlášce č. 182/ 1991 Sb. v platném znění:** zdravotní postižení odůvodňující poskytnutí příspěvků na úpravu bytu, který je užíván k trvalému bydlení, úhradu za užívání bezbariérového bytu nebo garáže, koupi, celkovou opravu a úpravu motorového vozidla, individuální dopravu. Parkinsonova nemoc opět NENÍ vůbec zařazena do této přílohy. Funkční postižení u Parkinsonovy nemoci navíc NENÍ MOŽNÉ porovnat s indikacemi uvedených podíly až h. Pacient trpící Parkinsonovou nemocí tedy NEMÁ NA TYTO PŘÍSPĚVKY NÁ-

ROK!!! Pro doplnění uvádí, jaké indikace odůvodňují poskytnutí těchto příspěvků:  
amputační ztráta dolní končetiny ve stehně, amputační ztráta obou dolních končetin v běrci, úplná obrna (plegie) nebo těžké ochrnutí (těžká paréza) dvou končetin, ankyloza obou kyčelních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních kloubů pro těžké kontrakturny v jejich okolí, ankyloza obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení jejich hybnosti pro těžké kontrakturny v okolí, v obou případech se značně nepříznivým postavením těchto kloubů, výjimečně obdobné těžké funkční poruchy na základě několika postižení pohybového systému, chondrodystrofie, pokud tělesná výška postiženého nepřesahuje 120 cm a je postižení hybnosti, anatomická nebo funkční ztráta končetiny. Některé z příspěvků mohou získat také občané nevidomí a neslyšící.

**Poznámka:** Zákony a vyhlášky nejsou citovány v plném znění. Jsou vynechány kapitoly týkající se nezletilých občanů.



## Na dotazy čtenářů odpovídá as. MUDr. Irena Rektorová

Paní B. T. z Českého Krumlova se ve svém dopise ptá, zda pocit pálení rtů, sliznice úst a horní části hltanu u její maminky, které je 82 let a léčí se s Parkinsonovou nemocí, může mít souvislost s jejím onemocněním, anebo zdali tento nepříjemný pocit mohou způsobovat léky, které v současné době užívá, tj. Akineton, Madopar, Rivotril a Biston.

### Odpověď:

Vážená paní B. T., nepříjemné pocity, které vaše maminka udává, nejsou typické pro Parkinsonovu nemoc. Každopádně maminka užívá celou řadu léků, které nejsou antiparkinsonika. Z medikace, kterou uvádíte, může Akineton způsobovat pocit sucha v ústech. Pacienti často zaměňují pocit sucha za pocit pálení. Je-li tomu tak, konzultujte svého lékaře ohledně postupného vysazování tohoto léku. Je ovšem také možné, že uvedené

potíže jsou zapříčiněny jiným onemocněním. Proto by bylo vhodné, aby maminku nejdříve vyšetřil ORL specialista.

Pacientka F. Ž. žádá Společnost Parkinson o každoměsíční finanční sociální výpomoc. Zde odkazuju na článek „Státní sociální péče u pacientů s PN“ v tomto čísle časopisu. Společnost Parkinson nedisponuje finančními prostředky pro sociální podporu.

Ing. F. V. z Brna, který trpí Parkinsonovou chorobou, píše: „Uvítáme odborné pracoviště, kde by mohlo být onemocnění pravidelně sledováno odborným lékařem, pak doporučena i lázeňská léčba atd.“

### Centra pro léčbu PN:

- Centrum pro Parkinsonovu chorobu a abnormální pohyby, 1. neurologická klinika

LF MU ve FN u sv. Anny, Pečkařská 53, Brno

- Centrum pro extrapyramidová onemocnění, Neurologická klinika 1. LF UK ve VFN, Praha 2, Kateřinská 30

Kromě těchto center jsou na některých pracovištích lékaři, kteří se specializují na léčbu Parkinsonovy nemoci (např. na neurologické klinice v Plzni či v Ostravě).

Vážení čtenáři, opakovaně uvádíte ve svých dopisech léky, které užíváte, a ptáte se nás, zda jste správně léčeni, eventuálně jak terapii změnit. To nelze na dálku hodnotit ani řešit. Radím vám, abyste se co nejaktivněji podíleli na léčbě svého onemocnění a nebáli se své zdravotní potíže a eventuální obavy prodiskutovat s ošetřujícím neurologem. V každém případě ho můžete požádat o zprostředkování konzultace na specializovaném pracovišti.

## **Přehled akcí a událostí v roce 1998 a 1999, které jsou pro Společnost PARKINSON významné**

### **21. dubna 1998**

Slavnostní přednáška ke Světovému dni Parkinsonovy nemoci v Brně

Brno, posluchárna 1. neurologické kliniky FN u sv. Anny  
Zahájení činnosti prvního klubu PARKINSON mimo Prahu

### **30. dubna 1998**

Slavnostní přednáška ke Světovému dni Parkinsonovy nemoci v Praze

Praha, posluchárna Neurologické kliniky VFN,  
Kateřinská ul.

### **12. listopadu 1998**

Den věnovaný Parkinsonově nemoci v rámci XVI. českého a slovenského neurologického kongresu

Brno, hotel Voroněž (pro členy Společnosti PARKINSON – pacienty a jejich partnery – vstup volný. Možnost schůze výboru Společnosti, možnost zdarma instalovat stánek Společnosti v prostorách hotelu)

### **2.–5. září 1999**

Jednodenní konference EPDA a generální shromáždění EPDA v Praze

(samostatná akce před Mezinárodním sympoziem o poruchách chůze a v jeho průběhu)

Společnost PARKINSON děkuje následujícím firmám,  
které významným způsobem podporují naši činnost:



Věříme, že budou následovat i další firmy.

Dobrovolné příspěvky vyšší než 200 Kč zaslali do 18. února 1998:

JUDr. Z. Holý, Propagent Praha	2 000,- Kč
E. Stará, Svitavy	500,- Kč
J. Deutschmanová, Praha 8	500,- Kč
V. Hanák, Olomouc	250,- Kč
M. Šedík, Nitra	300,- Kč
J. Lejsek, Drmoul	500,- Kč
J. Mach, Rousínov	500,- Kč
J. Ryšavý, Medlovice	300,- Kč
V. Smrková, Rajhrad	500,- Kč
J. Pokorný, Praha 4	300,- Kč
Ing. B. Pokorný, Praha 6	300,- Kč
J. Janda, Děčín IX.	300,- Kč
JUDr. J. Hlaváček, Vanovice	1 000,- Kč
MUDr. T. Vodvářka, neurolog. ambulance, Ostrava – M. Hory	1 000,- Kč
Dr. J. Čepička, Praha 5	300,- Kč
J. Brabcová, Plzeň	300,- Kč
J. Vondruška, Praha 4	500,- Kč
Fa PROCOM, Špitálka, Brno	300,- Kč
J. Novák, Český Krumlov	500,- Kč
J. Tillingerová, Brno	250,- Kč
B. Marčák, B. Gabrielová, Brno	500,- Kč
J. Hynek, Kralupy nad Vltavou	400,- Kč

Dárcům děkujeme a věříme, že v příštím čísle našeho časopisu budeme moci uvést další jména.

